

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ХАІТОВ РОМАН ПАВЛОВИЧ**

УДК: 614.2:355.422-057.36:616-08-036.82

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВІДГУКУ РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**  
**ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАПИТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО**  
**РЕАБІЛІТАЦІЇ**

22 Охорона здоров'я

229 Громадське здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Р. П. Хаїтов

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник – **Крячкова Лілія Вікторівна**, доктор медичних наук,  
професор

Дніпро – 2025

## АНОТАЦІЯ

*Хаїтов Р. П.* Наукове обґрунтування відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за направленням 22 Охорона здоров'я, 229 Громадське здоров'я. Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, 2025.

Дисертаційну роботу виконано на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Основою зміцнення систем охорони здоров'я вже протягом чверті віку є удосконалення її функціонування для забезпечення основних цілей діяльності, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): поліпшення рівня та рівності стану здоров'я населення, забезпечення фінансової доступності та чутливості (респонсивності, відгуку) галузі до запитів пацієнтів.

Ступінь відгуку системи охорони здоров'я (ОЗ) на законні очікування людей, пов'язані з неклінічними аспектами медичного обслуговування визначається за двома основними сферами: повагою до людської гідності (включаючи такі елементи, як безпосередньо повага до гідності, автономія, комунікація та конфіденційність) та орієнтацією на клієнта (включаючи оперативність обслуговування, якість побутових умов, вибір постачальників послуг та доступ до соціальної підтримки).

В умовах воєнних дій, завдання забезпечення належного відгуку ОЗ на запити вразливих груп населення, до яких відносяться і військовослужбовці, набуває стратегічного значення.

Дослідження виконане з метою медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації на підставі концепції чутливості системи

охорони здоров'я ВООЗ та процесного підходу, з урахуванням особливостей системного функціонування галузі, потреб пацієнтів та бачення надавачів послуг.

Дослідження елементів системного функціонування регіональної системи охорони здоров'я щодо забезпечення реабілітації військовослужбовців показало зростання на 8,3 % чисельності осіб з бойовим досвідом у Дніпропетровській області протягом 2013 – 2023 років до 12 115 осіб (середньорічний темп приросту 1,2 %). У 2021 році Дніпропетровська область демонструє одні з найвищих інтенсивних показників серед усіх регіонів України: 37,2 на 10 тисяч населення для учасників бойових дій (УБД), 17,2 – для осіб з інвалідністю внаслідок війни та 62,3 – для учасників війни, що перевищує середньоукраїнські рівні на 13,2 % - 13,5 %.

Нами була виявлена U-подібна динаміка зміни чисельності учасників бойових дій в регіоні, із мінімумом у 2018 – 2019 рр. та прискореним зростанням після 2021 року, що засвідчило формування нової хвилі контингенту, який потребує реабілітаційних послуг. Поліноміальна регресійна модель ( $R^2=0,879$ ) прогнозує подальше зростання кількості УБД в області, що зумовлює підвищення навантаження на систему охорони здоров'я регіону та необхідність її удосконалення для адекватного відгуку на реабілітаційні запити даного контингенту.

За аналізом змін реабілітаційних втручань у Дніпропетровській області за 2020 – 2024 роки, нами було встановлено зменшення кількості фізіотерапевтичних процедур на одного стаціонарного пацієнта на 32,5 % при зростанні кількості процедур на одного пацієнта, що завершив лікування на 24,2 %. У кабінетах лікувальної фізкультури (ЛФК) кількість процедур на 100 амбулаторних відвідувань зросла на 53,0 %, у той час як процедури з рефлексотерапії на одного пацієнта зменшилися на 20,7 %. Зростання обсягів певних реабілітаційних послуг демонструє потребу в них і необхідність системних відкутів на такі запити.

Дніпропетровська область є одним із ключових центрів надання реабілітаційної допомоги на Сході України, входить до трійки лідерів за кількістю закладів, які уклали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання реабілітаційної допомоги. За даними Дашборду НСЗУ кількість чинних договорів за пакетом послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» за період 2023 - 2025 рр. збільшилась на 54,5 %, сума чинних договорів збільшилась у 1,6 рази. Для пакета «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах» динаміка була ще більш вираженою: кількість договорів зросла на 86,3 %, а сума фінансування у 2,4 рази. Така динаміка відображає як загальнодержавну стратегію задоволення потреб у відновному лікуванні, так і поступове зміцнення інституційної спроможності закладів охорони здоров'я відповідати на запити щодо реабілітації різних пацієнтів, в тому числі і військовослужбовців.

Результати експертної оцінки медичних карт 69-ти військовослужбовців, що лікувалися у стаціонарних закладах м. Дніпро, яких було госпіталізовано переважно через травматичні ураження (81,2%), показали, що відгук системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців стосовно реабілітації складає в середньому 79,1 % (95 % ДІ 78,9 - 79,3).

Найнижчі оцінки спостерігаються за елементами автономії, комунікацій та якості побутових умов, що в цілому відповідає оцінкам елементів відгуку при медичному обслуговуванні інших категорій населення. Треба зазначити, що оцінки всіх елементів є достатньо високими, а сфера, що лежить у площині організації медичного обслуговування, маркетингових технологій – орієнтація на клієнта оцінюється вище порівняно із сферою поваги до людини, основою якої є дотримання правових та біоетичних принципів у системі охорони здоров'я ( $p < 0,001$ ).

Попри загалом високі оцінки респонсивності системи охорони здоров'я під час стаціонарної реабілітації військових, експертна оцінка показала, що у 78,3 % випадків можливе було її покращення. Респонсивність галузі може бути підвищена на 6,4 – 15,5 % шляхом посилення поваги до гідності пацієнтів,

дотримання конфіденційності, покращення комунікацій та зміцнення автономії. За результатами логістичного регресійного аналізу, ці чинники пояснюють 26,7 % варіації загального рівня респонсивності. Їх підвищення асоціюється із зростанням шансів збільшення чутливості у 1,3 – 2,3 рази ( $p < 0,05$ ), а збільшення рівня поваги до гідності понад 76,2 % – в 18,4 рази (95 % ДІ 1,04 – 324,48).

Дослідження безпосередньо серед військових, що знаходилися на реабілітації показало їх високу потребу у пацієнтоорієнтованій системі реабілітації, що забезпечує повагу до гідності, якість побутових умов, комунікації, конфіденційність та доступ до соціальної підтримки. Ці елементи отримали найбільш однотайні оцінки та найбільший відсоток максимальних оцінок. Загальний рівень потреби у респонсивності системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців було оцінено ними у 8,9 (95% ДІ 8,6 – 9,2) бали з 10-ти максимально можливих. На відміну від внутрішньо переміщених осіб та широких верст населення, військовослужбовці відчувають більшу потребу у належних побутових умовах та соціальній підтримці при реабілітації.

При цьому психодіагностичне дослідження типів відношення до хвороби серед учасників бойових дій на реабілітації показало, що у переважної більшості обстежених (67,4 %) виявлено порушення особистісної та психосоціальної адаптації до хвороби, а у 63,0 % – змішані типи ставлення до неї. Найпоширенішими виявилися іпохондричний (37,0 %), дисфоричний (33,3 %) та ергопатичний (28,9 %) типи, що свідчить про складний психоемоційний стан пацієнтів. Переважання інтрапсихічної дезадаптації (58,5 %) вказує на актуальність індивідуальної психотерапевтичної підтримки. Узагальнений тип реагування: ергопатично–іпохондрично–дисфоричний.

Це підкреслює важливість впровадження персоналізованих підходів у реабілітаційний процес, зокрема через забезпечення таких елементів чутливості охорони здоров'я, як повага до гідності, належні комунікації, конфіденційність, оперативність обслуговування, вибір постачальників послуг, автономія та якість побутових умов.

Результати інтерв'ювання обстеження військових узгоджуються із результатами опитування ключових респондентів, згідно якого, загальний рівень респонсивності реабілітаційних послуг оцінено в 6,3 бали (95 % ДІ 5,6 – 7,0), що майже на третину менше від максимально можливого рівня.

Загальна оцінка діяльності системи охорони здоров'я щодо забезпечення сфери поваги до гідності пацієнтів при реабілітації військовослужбовців складає 6,6 бали та статистично суттєво не відрізняється ( $p=0,304$ ) від оцінки споживчої сфери яка, оцінюється дещо нижче – у 6,1 бали за 10-ти бальною шкалою.

Загалом спостерігається тенденція збільшення розриву між очікуваннями та реальним забезпеченням основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців. Найбільші розриви між очікуваннями та фактичним забезпеченням виявлені для таких елементів респонсивності, як повага до гідності, якість комунікації, побутові умови та доступ до соціальної підтримки ( $p<0,001$ ).

Перешкодою ефективному забезпеченню адекватного відгуку системи охорони здоров'я на запити щодо комплексної реабілітації військовослужбовців є низка проблем, передусім фінансового та організаційного характеру, які значно впливають, як на загальний відгук системи охорони здоров'я, так і на такі елементи чутливості, такі як оперативність обслуговування, автономію, комунікацію, доступ до якісних побутових умов та соціальної підтримки. Кореляційний аналіз підтвердив значущий зворотний зв'язок між рівнем респонсивності та наявністю організаційних, фінансових і правових бар'єрів ( $r_s=-0,27 \div -0,67$ ;  $p<0,05$ ).

Серед інших викликів, зі зменшенням частоти відповідей, опитані відзначають проблеми правового, психологічного та медичного характеру. Чим більше є невирішених фінансових, організаційних та правових питань при реабілітації військовослужбовців, тим нижче рівень чутливості медичного обслуговування, і навпаки – недостатній відгук галузі на запити даного контингенту призводить до виникнення більшої кількості проблемних ситуацій.

Для адаптації системи охорони здоров'я до запитів військовослужбовців щодо комплексної реабілітації було розроблено концептуальну модель, яку було побудовано на підставі поглядів щодо чутливості галузі, як процесу, який на тлі наявних структурних умов безпосередньо впливає на результат – покращення здоров'я пацієнтів та рівня їх задоволеності.

Ключовим елементом моделі є взаємодія між запитом пацієнтів, структурними компонентами системи та процесами реагування – відгуку на їх запити. Відповідно до моделі, досягнення оптимізації респонсивності територіальної системи охорони здоров'я можливо через удосконалення нормативно-правового, фінансового, кадрового та організаційного забезпечення, що сприяє покращенню рівня здоров'я військовослужбовців, їх задоволеності і довіри до системи охорони здоров'я.

На думку експертів при застосуванні запропонованої моделі можливо підвищити відгук регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації до 8,9 (95 % ДІ 8,7 - 9,5) балів. При цьому прогнозоване підвищення показників здоров'я військовослужбовців, якщо респонсивність територіальної охорони здоров'я збільшиться до максимальних 10 балів, на думку опитаних, складатиме 14,2 % (95 % ДІ 7,6 - 17,9 %).

Встановлено, що поліпшення якості життя пацієнтів є ключовим медіатором між рівнем респонсивності системи та довготривалими результатами реабілітації. Впровадження окремих елементів моделі в практику функціонування обласної реабілітаційної лікарні сприяло зростанню обсягів і доступності послуг (за два останні роки на 10,1 % зросла кількість виконаних фізіотерапевтичних процедур). В цілому результати апробації окремих елементів моделі в умовах функціонування закладу охорони здоров'я підтвердили її прикладну ефективність, практичну адаптивність та обґрунтували доцільність забезпечення респонсивності системи охорони здоров'я та рівні територіальної системи охорони здоров'я.

Головним результатом проведеного дослідження є те, що в роботі представлено нове вирішення ключового завдання по оптимізації виконання територіальною системою охорони здоров'я основної цілі діяльності – респонсивності при реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Комплексним, різнобічним дослідженням, що охопило, як споживачів, так і надавачів послуг, як суб'єктивні оцінки пацієнтів, так і об'єктивну експертизу й аналітику, доведено можливість покращення респонсивності регіональної системи охорони здоров'я шляхом цілеспрямованої адаптації до очікувань і потреб військовослужбовців, зокрема через врахування типів ставлення до хвороби, удосконалення комунікацій, забезпечення поваги до гідності, підвищення оперативності обслуговування та покращення побутових умов. Запропонована концептуальна модель охоплює структурні, процесні та результативні компоненти, спрямовані на досягнення максимально ефективного відгуку системи охорони здоров'я, що здатне підвищити задоволеність пацієнтів, позитивно вплинути на результати реабілітації та підвищити стан здоров'я населення.

*Ключові слова:* громадське здоров'я, охорона здоров'я, система, чутливість (респонсивність, відгук) системи охорони здоров'я, пацієнторієнтованість, війна, реабілітація, організація медичних послуг, військовослужбовці, учасники бойових дій, ветерани, експертні оцінки, опитування, поведінка, відношення до хвороби, тривога, стресоподолання, якість життя, законодавство, державна політика, ресурси, процесний підхід, концептуальна модель, впровадження, прогнозування.

## ANNOTATION

Khaitov R.P. Scientific substantiation of the responsiveness of the regional health care system to the rehabilitation needs of military personnel. – Qualification research manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of 22 – Health Care, 229 – Public Health. – Dnipro State Medical University, Dnipro, 2025.

The dissertation work was completed at the Department of Social Medicine, Public Health and Healthcare Management of the Dnipro State Medical University (DSMU).

Strengthening health systems over the past quarter of a century has been based on improving their functioning to meet the key goals set by the World Health Organization (WHO): enhancing the level and equity of population health, ensuring financial accessibility, and increasing the system's responsiveness to patient needs.

The degree of responsiveness of a health system to the legitimate expectations of individuals, particularly in non-clinical aspects of medical care, is assessed in two domains: respect for human dignity (including dignity, autonomy, communication, and confidentiality) and client orientation (timeliness, quality of amenities, choice of provider, and access to social support). In the context of armed conflict, ensuring adequate responsiveness of the health care system to the needs of vulnerable populations – particularly military personnel – gains strategic importance.

This research aimed to develop a medical and social justification for a conceptual model of responsiveness of the regional health care system to the rehabilitation needs of military personnel, based on the WHO concept of responsiveness and the process-oriented approach, taking into account systemic functioning, patient needs, and provider perspectives.

The analysis of systemic functioning revealed an 8.3% increase in the number of combat-experienced individuals in Dnipropetrovsk region from 2013 to 2023,

reaching 12 115 persons (average annual growth rate 1.2 %). In 2021, the region demonstrated some of the highest intensity indicators in Ukraine: 37.2 per 10 000 for combatants, 17.2 for war-disabled persons, and 62.3 for war participants 13.2 – 13.5 % above the national average.

A U-shaped dynamic in the number of combatants was observed, with a low in 2018 – 2019 and accelerated growth after 2021, indicating a new wave of patients requiring rehabilitation. A polynomial regression model ( $R^2=0.879$ ) predicted continued growth in this population, emphasizing the increasing burden on the regional health system and the need to optimize its responsiveness.

From 2020 to 2024, physical therapy procedures per inpatient decreased by 32.5 %, while the number of procedures per discharged patient increased by 24.2 %. Exercise therapy procedures per 100 outpatient visits grew by 53.0 %, whereas reflexotherapy procedures per patient decreased by 20.7 %, highlighting differential demand trends and the need for targeted systemic responses.

Dnipro region ranks among the top three in Ukraine for institutions contracted by the National Health Service of Ukraine (NHSU) to provide rehabilitation services. Between 2023 and 2025, the number of inpatient rehabilitation contracts rose by 54.5 %, and funding increased 1.6 times. In outpatient rehabilitation, the number of contracts rose by 86.3 %, and funding increased 2.4 times. This reflects both national strategies and institutional strengthening in response to growing needs.

An expert assessment of 69 inpatient military medical records in Dnipro found that the average responsiveness score for rehabilitation-related services was 79.1 % (95% CI 78.9 – 79.3). The lowest scores were observed in autonomy, communication, and quality of amenities, aligning with trends found in other population groups. While all elements received relatively high marks, client-oriented aspects scored higher than dignity-related dimensions ( $p<0.001$ ).

Despite generally high responsiveness ratings, potential improvements were identified in 78.3% of cases . It is estimated that responsiveness could be increased by 6.4 – 15.5 % through enhanced dignity, confidentiality, communication, and autonomy. According to logistic regression analysis, these factors explained 26.7 % of

responsiveness variation. Improving these domains increases the likelihood of higher responsiveness by 1.3 – 2.3 times ( $p < 0.05$ ), and by 18.4 times if dignity exceeds 76.2 % (95 % CI 1.04 – 324.48).

A separate survey among active military personnel undergoing rehabilitation revealed high demand for patient-centered care with emphasis on dignity, amenities, communication, confidentiality, and social support. These elements received the most consistent and highest ratings. The overall expected responsiveness was rated 8.9 (95 % CI 8.6 – 9.2) out of 10. Compared to internally displaced persons and the general population, military respondents placed greater emphasis on living conditions and social support.

Psychodiagnostic assessment found 67.4 % of respondents had impaired psychosocial adaptation to illness, and 63.0 % demonstrated mixed attitudes toward illness. The most common patterns were hypochondriacal (37.0 %), dysphoric (33.3 %), and ergopathic (28.9 %), indicating a complex emotional profile. Intrapersonal maladaptation prevailed in 58.5 % of cases, underscoring the need for individualized psychotherapeutic support.

These findings reinforce the importance of personalized rehabilitation approaches, including responsiveness elements such as dignity, communication, confidentiality, timeliness, provider choice, autonomy, and adequate amenities.

Military interviews aligned with provider surveys, which estimated overall service responsiveness at 6.3 (95 % CI 5.6 – 7.0) about one-third below the maximum. Dignity-related services were rated at 6.6, not statistically different from client-oriented aspects (6.1;  $p = 0.304$ ).

There is a growing gap between expectations and actual delivery, especially in dignity, communication, living conditions, and social support ( $p < 0.001$ ). Barriers to effective responsiveness include financial and organizational constraints that significantly impact service timeliness, autonomy, communication, and other responsiveness domains. Correlation analysis confirmed negative associations between responsiveness and financial, organizational, and legal barriers ( $r_s = -0.27$  to  $-0.67$ ;  $p < 0.05$ ).

To adapt health systems to the rehabilitation needs of military personnel, a conceptual model was developed, based on responsiveness as a process linking structural conditions to outcomes such as improved health and patient satisfaction.

The model emphasizes the interaction between patient expectations, structural capacity, and process responsiveness. Optimization requires improving regulatory, financial, workforce, and organizational components to enhance health outcomes, satisfaction, and trust in the system.

According to expert projections, implementation of the model could raise responsiveness to 8.9 (95 % CI 8.7 – 9.5), with a predicted improvement in military health outcomes by 14.2 % (95 % CI 7.6–17.9 %) if responsiveness reaches its optimal level.

Improved quality of life was identified as a key mediator between responsiveness and long-term rehabilitation success. The model's pilot implementation in a regional rehabilitation facility led to a 10.1 % increase in physical therapy procedures, demonstrating its applicability and relevance. Overall, the model proved effective, adaptable, and justified the need for ensuring responsiveness in regional health systems.

The study presents an original solution for optimizing the territorial health system's core function ensuring responsiveness to the rehabilitation needs of combat veterans. Through an integrated, multidimensional approach involving both patients and providers, the study validates the system's potential to improve responsiveness through targeted adaptation to military needs, including illness perception, communication, dignity, service timeliness, and living conditions.

**Key words:** *public health, health system, responsiveness, patient-centeredness, war, rehabilitation, medical service delivery, military personnel, veterans, expert evaluation, survey, behavior, illness perception, anxiety, coping, quality of life, legislation, policy, resources, process approach, conceptual model, implementation, prediction.*

## Список публікацій здобувача

### *Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024;1(5):93–101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13> (*Особистий внесок здобувача – аналіз літературних джерел, збір даних, організація експертної оцінки, аналіз та інтерпретація результатів, написання та оформлення статті*).
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2024;3(77): 87–93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14> (*Особистий внесок здобувача – організація та проведення дослідження, психологічна діагностика, оцінка результатів, написання статті*).
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. Intermedical journal. 2025;(1):136–142. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-1-24> (*Особистий внесок здобувача – планування та організація дослідження, збір даних, аналіз результатів, написання та оформлення статті*).

### *Наукові праці які засвідчують апробацію матеріалів дисертації*

1. Moroz S, Mikhailov B, Ryzhenko S, Yavorska I, Khaitov R. Diagnostics brain contusion comorbid with combat stress. Eur Psychiatry. 2018 Mar;48(S1):512. In: 26th European Congress of Psychiatry; 2018 Mar; Nice, France (*Особистий внесок здобувача – визначення актуальності, участь у написанні тез*).
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Актуальність вивчення чутливості системи охорони здоров'я в процесі реабілітації військовослужбовців – учасників

бойових дій. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я». Клінічна та профілактична медицина. 2022;2(20):103. *(Особистий внесок здобувача – організація та обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання тез).*

3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Мороз СМ. Інструменти вивчення чутливості системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців. У: Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення. ред. кол. В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнєв, Т.В. Пересипкіна та ін.; 28 жовтня 2022; Харків. Харків: ХНМУ; 2022. с. 120–122. *(Особистий внесок здобувача – визначення проблеми, збір матеріалу, написання тез).*

4. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Мороз СМ. Вплив окремих елементів чутливості на загальний відгук системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців під час стаціонарного лікування. У: Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю; 10 жовтня 2024 р.; Дніпро. За ред. Крячкової Л.В. Дніпро: МОЗ України: ДДМУ; 2024. с. 99–101. *(Особистий внесок здобувача – концепція та дизайн дослідження, аналіз та узагальнення даних, оформлення тез до друку).*

5. Kriachkova L, Khaitov R. Optimizing health system responsiveness in military rehabilitation: a process-based approach and stakeholder assessment in Ukraine In: XIX International scientific and practical conference «Science, modern technologies and humanity: problems, theories and thoughts»; 2025 May 12-14; Krakow, Poland. p. 111-112. Available from: <https://eu-conf.com/en/events/science-modern-technologies-and-humanity-problems-theories-and-thoughts/> *(Особистий внесок здобувача – збір даних, участь у написанні тез).*

***Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації***

1. Волошин ВО, Михайлов БВ, Рижинко СА, Тітов ГІ, Мороз СМ., Яворська ІП, Хаїтов РП. Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій. Військова медицина України. 2017;17(3-4):5–10. *(Особистий внесок здобувача – участь у написанні обговорення до отриманих результатів).*
2. Moroz S, Khozhylo I, Ryzhenko S, Semenikhina V, Turishcheva N, Khaitov R. COVID-associated panic attacks: regional management aspect. Archiv Euromedica. 2020 Jun 29;10(2):11–13. doi:10.35630/2199-885X/2020/10/2.2 *(Особистий внесок здобувача – підбір літератури, участь у написанні вступу та обговорення).*
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Використання методу експертної оцінки медичної документації для визначення відгуку охорони здоров'я на запити військовослужбовців під час лікування та реабілітації. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Випуск 11. Реєстр №91/11/25 *(Особистий внесок здобувача – планування, організація та оцінка результатів дослідження, участь у написанні заявки).*

## ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	18
ВСТУП .....	20
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВИКОНАННЯ ПРОВІДНОЇ ЦІЛІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ГАЛУЗІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) .....	29
1.1 Сучасний стан дослідження організаційних технологій реабілітації військовослужбовців, постраждалих в наслідок бойових дій .....	29
1.2 Роль психологічної підтримки у формуванні чутливої моделі реабілітації військовослужбовців .....	38
1.3 Еволюція поглядів на респонсивність охорони здоров'я як основну ціль діяльності галузі .....	44
1.4 Шляхи забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців, як потенційної вразливої групи населення .....	51
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	62
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З БОЙОВИМ ДОСВІДОМ .....	75
3.1 Просторово-часові характеристики осіб з бойовим досвідом як отримувачів реабілітаційних послуг .....	75
3.2 Кадрове забезпечення та обсяги послуг реабілітаційного профілю в Україні та Дніпропетровському регіоні .....	88
3.3 Фінансування пакета реабілітаційної допомоги за програмою медичних гарантій .....	105
<b>РОЗДІЛ 4</b>	
ОЦІНКА ЧУТЛИВОСТІ РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ .....	115
<b>РОЗДІЛ 5</b>	
ПОТРЕБИ ТА ЗАПИТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЩОДО РЕСПОНСИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ .....	127
5.1 Очікування військовослужбовців щодо відгуку системи охорони здоров'я під час реабілітації .....	127

5.2 Типи ставлення до хвороби як психоемоційний чинник формування чутливості охорони здоров'я .....	133
РОЗДІЛ 6	
НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІДГУКУ .....	144
6.1 Респонсивність системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців: оцінка надавачами з позицій процесного підходу .....	144
6.2 Концептуальна модель оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації та оцінка її ефективності .....	150
РОЗДІЛ 7	
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ .....	159
ВИСНОВКИ .....	175
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	178
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	180
ДОДАТКИ .....	202

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО	–	Антитерористична операція
ВЛК	–	Військово-лікарська комісія
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	–	Внутрішньо переміщені особи
Держстат	–	Державна служба статистики України
ДІ	–	Довірчий інтервал
ДДМУ	–	Дніпровський державний медичний університет
ЗВО	–	Заклади вищої освіти
ЗОЗ	–	Заклади охорони здоров'я
ЗСУ	–	Збройні сили України
ЛФК	–	Лікувальна фізкультура
МВС	–	Міністерство внутрішніх справ
МКФ	–	Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
НДР	–	Науково-дослідна робота
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
Стратегія – 2030	–	Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р.
СТР	–	Середньорічний темп приросту (убутку)
ООН	–	Організація об'єднаних націй
ОЗ	–	Охорона здоров'я
ПТСР	–	Посттравматичний стресовий розлад
ТВДХ	–	Тип відношення до хвороби
ТГ	–	Територіальна громада
УБД	–	Учасники бойових дій
ЦСР	–	Цілі сталого розвитку
ЯЖ	–	Якість життя, пов'язана зі здоров'ям

AUC	–	Area Under the Curve (площа під кривою)
IHME	–	Institute for Health Metrics and Evaluation (Інститут показників і оцінки здоров'я)
e-Health	–	Electronic Health (електронна система охорони здоров'я)
ROC-аналіз	–	Receiver Operating Characteristic analysis (аналіз робочої характеристики приймача)
YLD	–	Years lived with disability (роки, прожиті з інвалідністю/неповносправністю)

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** У контексті зростаючих вимог до системи охорони здоров'я, зумовлених тривалим збройним конфліктом на Сході України з 2014 року, повномасштабною війною з 2022 року [1] [2], а також поглибленням ризиків для здоров'я через зміни соціально-економічних, поведінкових, технологічних та екологічних детермінант [3-5], особливого значення набуває процес удосконалення галузі, як пусковий механізм поліпшення здоров'я населення.

Зміцнення систем охорони здоров'я, як національного, так і територіального рівнів, базується на виконанні їх загальних цілей діяльності (забезпечення здоров'я населення, фінансової справедливості та чутливості), сформульованих у доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я 2000 року [6], обґрунтованих у контексті політики Здоров'я – 2020 [7], відображених у Європейській програмі роботи на 2020–2025 рр. «Спільні дії заради кращого здоров'я» [8]. та Розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках» [9].

Через 25 років після визначення, найменш опрацьованою серед основних цілей діяльності галузі, як в нашій країні, так і за кордоном залишається чутливість ОЗ (респонсивність, англ. responsiveness) – відгук системи охорони здоров'я на обґрунтовані запити населення [10].

Забезпечення чутливості (відгуку) галузі розглядається як ступінь реакції системи ОЗ на законні очікування людей, пов'язані з неклінічними аспектами медичного обслуговування, що характеризується двома сферами: особистою - повагою до людської гідності (об'єднує елементи: гідність, автономія, комунікація і конфіденційність) та споживацькою - орієнтацією на клієнта (об'єднує елементи: оперативність/швидкість обслуговування, якість побутових умов у закладі охорони здоров'я, вибір постачальників медичних послуг та доступ до соціальної підтримки під час лікування) [11].

Оцінка респонсивності системи охорони здоров'я, згідно рекомендацій ВООЗ, включає розподіл рівня чутливості серед населення з урахуванням відгуку на запити найбільш вразливих груп, до яких можуть відноситися малозабезпечені прошарки населення, люди похилого віку, інваліди [12], пацієнти, що потребують психологічної і психіатричної підтримки [13], особи, що постраждали внаслідок бойових дій, інваліди, ветерани війни [14], тимчасово внутрішньо переміщені особи [15] та інші категорії населення, що потенційно можуть піддаватися дискримінації відносно чутливості ОЗ [16].

Особливої актуальності набуває питання належного реагування системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців, які потребують комплексної реабілітації внаслідок фізичних, психологічних і соціальних наслідків війни [14], що є особливо критичним в умовах повномасштабного вторгнення та його тривалого впливу на здоров'я військових [17].

Необхідність удосконалення механізмів реагування, зокрема в частині забезпечення реабілітаційних послуг, закріплена у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, №8, ст.59) [18] та постанові Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. №1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [19], які визначають базові принципи побудови принципово нової системи реабілітації, орієнтованої на потреби пацієнтів, включаючи ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. У цьому контексті респонсивність системи ОЗ до реабілітаційних запитів військових виступає індикатором її здатності реагувати на виклики сьогодення.

Протягом останнього десятиліття, в різних країнах світу [10, 20, 21], в тому числі і в Україні [12, 15], проводилися дослідження щодо оцінки відгуку національних та територіальних систем ОЗ на запити населення, однак масштабних досліджень, які були б зосереджені передусім на оцінці відгуку галузі на запити окремих, найбільш вразливих груп населення щодо реабілітації в країні бракує.

Отже, актуальність проведеного дослідження визначається декількома аспектами: по перше, виконання системою ОЗ основної цілі щодо забезпечення чутливості потенційно вразливої групи населення, а по-друге, це оптимізація реабілітації військовослужбовців, що постраждали в наслідок бойових дій.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.**

Дисертацію виконано в межах тематики науково-дослідної роботи (НДР) кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ): «Наукове обґрунтування організаційно-методичних основ системи безперервного підвищення якості надання медичної допомоги», № держреєстрації 0119U101403, термін виконання 01.01.2020 р. – 31.12.2023 р. та НДР «Наукове обґрунтування стратегій збереження і відновлення громадського здоров'я через вплив на детермінанти ефективності системи охорони здоров'я», № держреєстрації 0123U104849, термін виконання: 01.01.2024 р. – 31.12.2027 р.

**Мета:** Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації на підставі концепції чутливості системи охорони здоров'я ВООЗ та процесного підходу, з урахуванням особливостей системного функціонування галузі, потреб пацієнтів та бачення надавачів послуг.

Досягнення поставленої мети вимагало поетапного виконання низки дослідницьких завдань:

1. Проаналізувати теоретичні засади та практичні підходи до оцінки чутливості систем охорони здоров'я, із фокусом на реабілітації військовослужбовців;
2. Вивчити особливості системного функціонування регіональної системи охорони здоров'я в сфері реабілітації та оцінити її спроможність до адекватного відгуку на запити військовослужбовців;
3. Експертно оцінити медичну документацію з стаціонарної реабілітації військовослужбовців, визначити обсяги забезпечення респонсивності та можливості щодо її подальшої оптимізації;

4. Оцінити очікування військовослужбовців щодо відгуку регіональної системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації та визначити ключові напрями його удосконалення;

5. Вивчити типи ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації та визначити напрями удосконалення чутливості системи охорони здоров'я з урахуванням їх психологічного стану;

6. Оцінити респонсивність територіальної системи охорони здоров'я при наданні реабілітаційних послуг військовослужбовцям на підставі поглядів медичних працівників – ключових респондентів;

7. З використанням системного аналізу та процесного підходу розробити концептуальну модель відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації.

*Об'єкт дослідження:* територіальна система охорони здоров'я в умовах реагування на потреби військовослужбовців щодо комплексної реабілітації.

*Предмет дослідження:* рівень та особливості відгуку територіальної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців – учасників бойових дій щодо комплексної реабілітації, з урахуванням потреб пацієнтів, бачення надавачів послуг і чинників, що впливають на респонсивність.

*Методи дослідження:*

*системний підхід і порівняльний аналіз* – для комплексної оцінки об'єкту, предмету дослідження, їх взаємозв'язків, для всебічного аналізу системи, виявлення проблем її відгуку на запити військовослужбовців та формування концептуальної моделі реагування;

*бібліосемантичний* – для аналізу наукових розробок та досвіду з оцінки та забезпечення чутливості охорони здоров'я;

*соціологічний* – для вивчення погляду надавачів на респонсивність системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців;

*стандартизованого інтерв'ю* – для визначення потреб військовослужбовців щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити при реабілітації;

*психодіагностичний* – для визначення ставлення до хвороби (стану здоров'я) військовослужбовців на реабілітації;

*схематичного проектування* – для визначення відповідних психологічному стану військових елементів чутливості, розробки концептуальної моделі відгуку;

*концептуального моделювання* – для розробки моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації;

*експертних оцінок* – для аналізу медичної документації та оцінки системного відгуку на запити хворих, для розробки концептуальної моделі відгуку та оцінки її ефективності;

*медико-статистичний* – для кількісного аналізу інформації, зібраної на різних етапах дослідження.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у тому, що *вперше*:

- проведено оцінку чутливості системи охорони здоров'я на основі аналізу медичної документації (форми 003/о) з оцінкою розривів між фактичним і очікуваним рівнем забезпечення її основних елементів;
- встановлено структурні та процесні елементи, що найбільше впливають на рівень респонсивності системи охорони здоров'я при наданні реабілітаційної допомоги військовим;
- комплексно досліджено рівень та особливості чутливості системи охорони здоров'я до потреб військовослужбовців щодо реабілітації, включаючи аналіз медичної документації, оцінки пацієнтів та погляди надавачів послуг;
- запропоновано концептуальну модель відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації, побудовану на основі концепції респонсивності ВООЗ і процесного підходу;
- емпірично доведено, що підвищення рівня респонсивності системи охорони здоров'я асоціюється з підвищенням задоволеності та очікуваними показниками здоров'я військовослужбовців;

*уточнені наукові дані:*

- щодо кадрового, фінансового та організаційного забезпечення реабілітаційної допомоги на прикладі Дніпропетровської області;
- щодо вагового внеску окремих елементів чутливості у загальний інтегральний показник;
- щодо чинників, що стримують забезпечення респонсивності системи охорони здоров'я, зокрема фінансових, організаційних та правових бар'єрів;  
*дістало подальшого розвитку:*
- визначення потреб у забезпеченні основних елементів чутливості серед широких верств населення;
- застосування методики оцінки типів ставлення до хвороби серед військовослужбовців;
- удосконалення методології оцінки респонсивності системи охорони здоров'я на основі концепції ВООЗ з урахуванням специфіки контингенту військовослужбовців та особливостей методів збору інформації.

**Теоретичне значення роботи** полягає у доповненні наукових засад громадського здоров'я та соціальної медицини у частині розуміння респонсивності системи охорони здоров'я, як основної цілі діяльності галузі, критерію її ефективності щодо задоволення потреб вразливих груп населення, зокрема військовослужбовців, які потребують реабілітації.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що вони стали підставою для:

- формування методології оцінки респонсивності системи охорони здоров'я з урахуванням позицій, як споживачів, так і надавачів реабілітаційних послуг;
- застосування методу експертної оцінки медичної документації, як ефективного інструмента для визначення рівня відгуку системи охорони здоров'я на запити пацієнтів;
- використання розробленого інструментарію для оцінки чутливості охорони здоров'я на різних рівнях медичного обслуговування;

- виявлення елементів реабілітаційного процесу, які потребують першочергового вдосконалення для забезпечення пацієнтоорієнтованості медичних послуг;
- удосконалення системи медико-соціального супроводу військовослужбовців на реабілітації, включаючи індивідуалізацію підходів відповідно до типів їх ставлення до хвороби;
- пропозицій щодо удосконалення механізмів реагування регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців у процесі реабілітації;
- впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я окремих елементів розробленої концептуальної моделі оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації;
- формулювання пропозицій для управлінських рішень на рівні регіональної політики охорони здоров'я щодо покращення якості та доступності реабілітаційної допомоги;
- подальшого використання результатів у навчальному процесі в межах програм з громадського здоров'я, реабілітації, організації та управління охороною здоров'я.

Їх впровадження реалізовано *на національному та регіональному рівнях*:

- шляхом включення наукового повідомлення щодо використання у практиці охорони здоров'я методу експертної оцінки медичної документації для визначення відгуку охорони здоров'я на запити військовослужбовців під час лікування та реабілітації до переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я;
- шляхом впровадження окремих елементів розробленої концептуальної моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації у практичну діяльність закладів охорони здоров'я Дніпропетровської області (3 акти впровадження, додаток В);

- шляхом впровадження у навчальний процес Харківського національного медичного університету, Дніпровського державного медичного університету, Одеського національного медичного університету (3 акти впровадження, додаток Г).

**Особистий внесок здобувача.** Вибір тематики наукового дослідження, формулювання мети, завдань і загальної методології виконувалися спільно з науковим керівником – д.мед.н., професором Крячковою Л.В.

Здобувачем самостійно було проведено інформаційно-аналітичний пошук і критичний аналіз сучасних літературних джерел та нормативних документів; розроблено програму дослідження, визначено об'єкт, предмет і обґрунтовано вибір методів; створено методичний інструментарій для збору первинної інформації, у тому числі анкети, форми для експертної оцінки та інтерв'ювання; організовано і проведено збір, систематизацію та статистичну обробку отриманих даних; узагальнено отримані результати та побудовано концептуальну модель.

Основні положення дисертаційної роботи, її розділи та публікації написані здобувачем самостійно. Внесок здобувача у наукові праці, підготовлені у співавторстві, є провідним. Співавтором виступав науковий керівник, який супроводжував дослідження та здійснював наукове редагування остаточних варіантів рукописів. Запозичення ідей, методик або текстів відсутні.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дослідження представлено і обговорено на науково-практичних конгресах і конференціях різного рівня: 26th European Congress of Psychiatry (France, Nice, 3-6 March 2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності» (м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 10 листопада 2022 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 р. «Наша планета, наше здоров'я» (м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 5 квітня 2022 р.); V науково-практичній конференції з

міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, Харківський національний медичний університет, 28 жовтня 2022 р.); всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього» (м. Дніпро, Дніпровський державний медичний університет, 10 жовтня 2024 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р. на тему «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього» (м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 4 квітня 2025 р.); XIX International scientific and practical conference «Science, modern technologies and humanity: problems, theories and thoughts» (Poland, Krakow, 12-14 May 2025).

**Публікації.** За темою дисертації всього опубліковано 11 друкованих робіт, зокрема три наукові статті у рекомендованих МОН України наукових журналах категорії В, п'ять тез доповідей у наукових збірниках, матеріалах наукових конференцій і конгресів та три інші праці.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація написана українською мовою та містить 227 сторінок друкованого тексту, з яких 130 сторінок основного змісту. Робота включає анотації українською та англійською мовами, перелік наукових публікацій здобувача, вступ, аналітичний огляд літератури, розділ з описом матеріалів і методів дослідження, чотири розділи, що висвітлюють результати власних досліджень, обговорення результатів, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел і 10 додатків. Матеріал ілюстровано 36-ма таблицями та 20-ма рисунками. Перелік джерел займає 22 сторінки і налічує 202 найменування, з яких 87 кирилицею, а 115 – латиницею.

## РОЗДІЛ 1

# ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВИКОНАННЯ ПРОВІДНОЇ ЦІЛІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ГАЛУЗІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

### 1.1 Сучасний стан дослідження організаційних технологій реабілітації військовослужбовців, постраждалих в наслідок бойових дій

Упродовж останніх десятиліть концепція реабілітації зазнала суттєвого переосмислення, як у глобальному, так і в національному контекстах. У сучасних нормативних стратегічних документах та науковій літературі вона розглядається не лише як клінічний компонент медичної допомоги, а й як організаційна технологія системи охорони здоров'я, що забезпечує повноцінну участь осіб із порушеннями здоров'я в суспільному житті [22].

ВООЗ акцентує увагу на інтеграції реабілітаційних послуг у національні системи охорони здоров'я, на необхідність розвитку в кожній країні міжсекторальної взаємодії, підготовки кадрів та формування належної нормативно-правової бази. Такий підхід передбачає включення реабілітації до стратегій первинної, вторинної та третинної медичної допомоги [23–25].

Ініціатива Rehabilitation 2030 стала одним із провідних напрямів розвитку в цій сфері та запропонувала нову організаційну парадигму реабілітаційної допомоги, визначила необхідність зміцнення інституційних основ систем реабілітації, забезпечення кадрового потенціалу, розбудови інфраструктури, впровадження інформаційних технологій для моніторингу якості послуг [26]. Template for rehabilitation information collection (TRIC) – шаблон для систематичного збору інформації був розроблений як інструмент уніфікованого збору даних про надання реабілітаційних послуг [27].

У дослідженнях останніх років приділяється значна увага зв'язку реабілітації з цілями сталого розвитку. У рамках Цілей сталого розвитку (ЦСР), зокрема цілі 3 («Забезпечення здорового способу життя і сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці»), реабілітація розглядається як ключовий чинник

зменшення нерівності в охороні здоров'я [28]. У доповіді Організації об'єднаних націй (ООН) за 2024 рік наголошено на тому, що доступ до якісних реабілітаційних послуг є необхідною умовою для досягнення індикаторів охоплення медичною допомогою та соціальної інклюзії [29].

Міцна система охорона здоров'я є важливим компонентом соціального добробуту та ключовим елементом у досягненні цілей сталого розвитку будь-якої країни, особливо держави, що функціонує в умовах воєнного стану.

Спостерігається досягнення менше 65 % запланованих показників більшості ЦСР у країнах, які протягом останніх двох десятиліть переживають збройні конфлікти, у порівнянні з мирними сценаріями, військові дії спричинили багаторічну затримку у досягненні більшості цілей, в тому числі і ЦСРЗ щодо міцного здоров'я і благополуччя населення [30].

Основу системного підходу до вирішення охороною здоров'я основних викликів сьогодення створюють такі напрямки, як подолання негативних наслідків для фізичного та психічного громадського здоров'я, захист медичної інфраструктури і медичних працівників, а також підвищення стійкості та реактивності галузі [31].

Необхідність зміцнення національної та територіальної систем ОЗ співвідноситься з потребою у адекватному реагуванні галузі на запити щодо реабілітації військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових дій. Комплексна реабілітація є важливою складовою загального охоплення послугами охорони здоров'я, визначеного цілями сталого розвитку. Питання створення та постійного удосконалення системи комплексної, у тому числі медичної, фізичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації для відновлення стану здоров'я та соціальної активності постраждалих військовослужбовців та ветеранів бойових дій опрацьовується в Україні, про що свідчать наявні дослідження. Раом з тим, спостерігається потреба системи надання реабілітаційних послуг у подальшому удосконаленні, впровадженні науково обґрунтованих клінічних практик та організаційних рішень [32, 33].

У Європейській програмі роботи ВООЗ на 2020-2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я» звертається увага на зміцнення систем громадського здоров'я, де реабілітація є одним із основних напрямів політики. Програмою передбачено комплексний підхід до розробки організаційних рішень, зокрема через інтеграцію служб реабілітації на первинному рівні, залучення місцевих громад та створення механізмів фінансової стійкості [34]. Формування міждисциплінарних команд, гнучких маршрутів пацієнтів і створення цифрових платформ для оцінки результатів втручань передбачені запропонованими моделями.

Ключовим напрямом медико-соціальної політики у багатьох країнах світу є відновлення військовослужбовців, які зазнали фізичних і психоемоційних травм унаслідок бойових дій. Сучасна практика свідчить, що ефективна реабілітація вимагає впровадження комплексних організаційних технологій, здатних забезпечити безперервну, міждисциплінарну та персоналізовану допомогу на всіх етапах.

У світі спостерігається еволюція концепцій реабілітації військовослужбовців у бік інтегрованих моделей надання допомоги. Модель Veteran Aware, яку було впроваджено у Великій Британії, передбачає надання реабілітаційних послуг з урахуванням специфіки бойових травм, психічного здоров'я та соціального контексту пацієнта [35].

Соціально-економічна реінтеграція колишніх військовослужбовців посідає провідне місце поряд із медичними компонентами. Як зазначає Міжнародна організація праці, системи реабілітації мають включати програми професійного навчання, працевлаштування та доступу до соціальних гарантій [36]. Без забезпечення цих умов ризик маргіналізації та повторної ізоляції ветеранів суттєво зростає.

Військовослужбовці в усьому світі стикаються з низкою серйозних проблем, серед яких хронічний біль, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади та депресія [37]. В умовах збройних конфліктів це ускладнюється браком доступу до якісної допомоги, нестачею ресурсів і

недостатньою координацією між секторами охорони здоров'я та соціального захисту. Ефективне планування реабілітації потребує наявності чіткої законодавчої бази, яка гарантує доступ до послуг для всіх категорій осіб з інвалідністю, зокрема й військових [38].

У постконфліктних країнах та регіонах відчувається особлива потреба у довготривалих програмах відновлення [39]. У країнах з розвиненими моделями охорони здоров'я, таких як Німеччина, Канада, Франція, Італія, запроваджено національні програми відновлення, інтегровані в систему військової медицини [40].

У Польщі, наприклад, було розроблено програму POZ PLUS, яка включає в себе компоненти скринінгу, фізичної терапії та ментального здоров'я [41]. В Іспанії функціонує система реабілітаційних послуг з окремим підрозділом при Міністерстві оборони, відповідальним за підтримку військових з інвалідністю [42].

У Канаді створено спеціальні програми для ветеранів, які охоплюють як медичну допомогу, так і соціальну адаптацію [43]. Вони поєднуються з розвиненими травматологічними системами та використанням національної платформи звітності щодо реабілітації [44].

У Франції відповідні послуги організовані через Service de santé des armées, який забезпечує безперервний догляд за військовими, зокрема і після їх демобілізації [45]. Важливим компонентом є наявність централізованого управління, чітких протоколів дій і фінансування з державного бюджету [46].

Міжнародний досвід вказує на те, що вирішальним елементом в організації реабілітаційної допомоги є також і правова підтримка. Важливість законодавчого регулювання фінансування послуг, гарантованих як через систему медичного страхування, так і через соціальні програми було продемонстровано досвідом Німеччини [47, 48]. Одним із ключових інструментів у рамках глобальних військових місій, що вимагає чіткої координації між відомствами, стала реабілітаційна медицина у США [49].

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю та інші міжнародні правові інструменти, відіграють важливу роль у забезпеченні справедливого доступу до послуг. Її впровадження, забезпечує не лише медичний, а й освітній та соціальний компоненти реабілітації, про що свідчить досвід Уганди та Шотландії [50, 51].

Незважаючи на прогрес, що спостерігається в багатьох країнах, актуальними залишаються питання недостатньої координації між медичними та соціальними структурами, фрагментації системи надання послуг, а також дефіциту професійних кадрів [52, 53]. Як показує аналіз у Саудівській Аравії, наявність реабілітаційних ресурсів не гарантує їх ефективного використання без адекватного управлінського супроводу та державної політики [54].

Крім того, особливу увагу слід приділяти доступності реабілітації для осіб із комбінованими травмами, включаючи ментальні розлади, залежності та когнітивні порушення. У Великій Британії діє низка ініціатив, спрямованих на розвиток програм підтримки з боку «рівний-рівному» – коли ветерани допомагають іншим ветеранам із подібним досвідом [55].

В Україні організаційні технології реабілітації є складовою стратегічного розвитку системи охорони здоров'я та мають вирішальне значення в умовах триваючого збройного конфлікту, що триває з 2014 року внаслідок проведення Антитерористичної операції (АТО) та подальшої повномасштабної війни.

На законодавчому рівні відбулися суттєві зміни, що створили правові передумови для впровадження сучасних підходів до надання реабілітаційної допомоги відповідно до міжнародних стандартів.

Фундамент системи реабілітації в Україні закладає Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (№ 1053-ІХ від 3 грудня 2020 року) [18]. Ним було визначено засади створення мережі багатопрофільних реабілітаційних закладів, запровадження міждисциплінарних реабілітаційних команд та розробку індивідуальних планів відновлення, що має на меті забезпечення пацієнтоорієнтованого підходу. Згідно з цим законом, реабілітація розглядається

як безперервний процес, що охоплює усі рівні медичної допомоги – від первинної до третинної.

У сфері соціального захисту основою для реалізації організаційних технологій виступає Закон України «Про соціальні послуги» (№ 2671-VIII від 17 січня 2019 року), що регулює надання підтримки особам з інвалідністю, включно з ветеранами війни [56]. Закон передбачає механізми комплексної допомоги, включно з реабілітаційними послугами, що можуть надаватися не лише державними, але й недержавними суб'єктами, за умови дотримання відповідних стандартів.

Важливими нормативно-правовими актами, що деталізують механізми організації реабілітації, є Постанови Кабінету Міністрів України №1268 від 3 листопада 2021 року «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» та №1462 від 16 грудня 2022 року «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я», які затверджують порядок взаємодії між медичними закладами та іншими суб'єктами надання допомоги, вимоги до складу та функцій мультидисциплінарної команди, а також алгоритми маршрутизації пацієнтів. У цих постановах закріплено, що до складу команди обов'язково мають входити лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевти, психологи, соціальні працівники та інші фахівці [19].

У 2024 році Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України запровадило обов'язкову оцінку функціонування пацієнта, яка проводиться за участю мультидисциплінарної команди з використанням відповідних опитувальників та шкал [57]. Наказ МОЗ України №2067 від 10.12.2024 року «Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи» передбачає стандартизовану процедуру збору інформації про повсякденне функціонування пацієнта на основі положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Запровадження МКФ як базового інструмента для планування, моніторингу та оцінювання ефективності реабілітації дає можливість забезпечити цілісне бачення стану особи, з урахуванням як медичних, так і соціальних факторів [58]. Це відповідає

міжнародним підходам, закріпленим у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка гарантує право на реабілітацію, рівний доступ до медичних та соціальних послуг, а також зобов'язує державу забезпечити повну інклюзію осіб з інвалідністю в суспільство [59].

Українські дослідження у сфері організації реабілітаційної допомоги на регіональному рівні вказують на необхідність розвитку інформаційно-комунікаційної інфраструктури, що зможе забезпечити координацію між закладами різного рівня, контроль за якістю послуг та оперативний обмін клінічною інформацією, особливо важливою є роль регіональних центрів реабілітації у формуванні міжсекторальних партнерств та адаптації національних стратегій до місцевих умов [60, 61].

У роботі Гайда І.М. (2018) було розглянуто необхідність удосконалення регіональної системи медичної реабілітації військовослужбовців шляхом впровадження інтеграційно-координаційної моделі, що передбачає структурування медичного реєстру та оцінку ефективності реабілітаційних заходів; на відміну від інших підходів, зосереджених переважно на клінічному компоненті, модель автора акцентує увагу на системному управлінні, міжвідомчій взаємодії та реєстровому супроводі процесів реабілітації на регіональному рівні [62].

У дослідженні Брич В.В. (2023) здійснено медико-соціальне обґрунтування системи реабілітаційної допомоги дорослому населенню з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи в Закарпатській області. Модель реабілітаційної системи, розроблена авторкою, передбачає інтеграцію реабілітаційних послуг у первинну медичну допомогу, створення реабілітаційних центрів і кабінетів у територіальних громадах, а також впровадження регіональної інформаційно-комунікаційної мережі та віртуальних професійних спільнот фахівців [63].

Ефективною визнано модель функціонального профілювання з подальшим формуванням індивідуального плану відновлення для осіб з травмами кістково-м'язової системи [64]. Соціальна ситуація особи, її житлові умови, рівень

підтримки з боку родини та громади, а не лише клінічний стан, є визначальним у цій моделі.

Крім того, актуальними залишаються питання міжнародно-правового регулювання. В Україні є змога інтегрувати найкращі європейські практики у свої нормативні документи, зокрема у сфері реабілітації [65]. Подальшого вдосконалення та адаптації в умовах повномасштабної війни вимагають проблеми визначення статусу постраждалих, міжвідомча координація та міжгалузевий підхід до реабілітації.

Проблема організації реабілітації військовослужбовців, що отримали поранення або зазнали інших порушень здоров'я внаслідок бойових дій, набула особливого значення з початком повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України. Вітчизняна система охорони здоров'я зазнала значного навантаження та змушена була оперативно трансформувати організаційні технології реабілітаційної допомоги з урахуванням як кількісного зростання пацієнтів, так і специфіки їхніх потреб [1].

Реабілітаційна допомога військовослужбовцям потребує багатокомпонентного підходу, який включає фізичну, психологічну, медичну, соціальну та професійну реабілітацію [32]. При цьому особливе значення надається впровадженню мультидисциплінарних команд, здатних забезпечити безперервність і цілісність реабілітаційного маршруту [33].

У дослідженнях підкреслюється необхідність формування єдиного стандарту реабілітаційної допомоги, який враховував би міжнародний досвід та адаптувався до українських реалій. Зокрема, аналіз практик у США, Ізраїлі, Великій Британії свідчить про ефективність інтегрованих моделей реабілітації, де військовослужбовець супроводжується командою фахівців від моменту травмування до повної соціальної адаптації [66]. Водночас вітчизняна система стикається з фрагментованістю та нестачею нормативного врегулювання, що обмежує ефективність реабілітаційного процесу [67].

Вивчення стану функціонування реабілітаційних служб в умовах війни вказує на серйозні виклики, пов'язані зі зростанням інвалідизації

військовослужбовців. Аналіз динаміки інвалідності дозволяє прогнозувати обсяги необхідної медичної допомоги та реабілітаційних ресурсів [68]. Важливою умовою підвищення ефективності реабілітаційних технологій вважається впровадження електронних медичних інструментів, зокрема електронних медичних карток [69].

Як одні з найскладніших у клінічній практиці обговорюються проблеми фізичної реабілітації військовослужбовців із наслідками травм спинного мозку та порушеннями функцій тазових органів. Визначено, що в таких випадках потрібен індивідуалізований підхід та тривалий супровід із боку фахівців з фізичної терапії, ерготерапії та психологічної підтримки [70].

Аналіз рівня задоволеності лікарів системою реабілітації учасників бойових дій свідчить, що основними стримуючими чинниками є перевантаження фахівців, недостатнє технічне забезпечення та низький рівень координації між ланками системи [71]. Натомість позитивно оцінюється запровадження мобільних медичних бригад, які функціонують у прифронтних регіонах і забезпечують оперативну допомогу та первинну реабілітацію [72].

У контексті впливу війни на систему охорони здоров'я в цілому, відзначається значне зменшення обсягу стаціонарної допомоги для цивільного населення, що зумовлено перерозподілом ресурсів на користь військових структур. Це, у свою чергу, створює конкуренцію за обмежені ресурси, зокрема реабілітаційні ліжка, обладнання та персонал [73].

Як перспективний напрям інтеграції реабілітаційних технологій розглядаються інформаційні та цифрові інструменти. Нові можливості для організаційного вдосконалення реабілітаційної допомоги відкриває розвиток телереабілітації, автоматизованих платформ для ведення медичної документації та електронної оцінки функціонального стану пацієнтів [69, 74].

Наразі організаційні технології реабілітації військовослужбовців в Україні перебувають на трансформаційному етапі. На необхідності інтеграції міждисциплінарного підходу, впровадження цифрових технологій, вдосконалення нормативного забезпечення та врахування міжнародного досвіду

акцентовано увагу сучасних наукових досліджень. Системний підхід, стратегічне планування, належний кадровий ресурсу та стабільне фінансування необхідні для ефективної реалізації таких технологій [32, 33, 67].

## **1.2 Роль психологічної підтримки у формуванні чутливої моделі реабілітації військовослужбовців**

Ключове місце у структурі комплексної реабілітації, особливо в умовах збройного конфлікту, масштабних кризових подій та після пандемічного впливу на психічне здоров'я населення посідає психологічна допомога. Після пандемії COVID-19 спостерігається стрімке зростання рівня депресивних і тривожних розладів у глобальному масштабі, що лише підсилює актуальність формування стійких систем психосоціальної підтримки [75]. Ще більш ускладнений цей процес для України війною, яка триває з 2014 року, а після повномасштабного вторгнення російської федерації у 2022 році спричинила безпрецедентне зростання психотравматизації цивільного населення і військовослужбовців.

Міжнародний досвід свідчить про психічне здоров'я як про індивідуальну характеристику та ключовий індикатор соціальної стабільності та економічної продуктивності водночас. Інтегрована в систему охорони здоров'я психологічна допомога забезпечує багаторівневу підтримку від раннього виявлення емоційних розладів до надання спеціалізованих психотерапевтичних послуг [76]. Необхідність розвитку міждисциплінарної співпраці у наданні психологічної допомоги, особливо в контексті реабілітації після травматичних подій підкреслює Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» (№ 4223-IX від 15 січня 2025 року) [77].

Комплексного підходу, де психологічна допомога виконує роль базисного компоненту вимагає реабілітація осіб, які зазнали психотравм. Стрес визначається дослідженнями ключовим медико-соціальним фактором ризику, що спричиняє або ускладнює перебіг соматичних захворювань, а також негативно впливає на ефективність фізичної та соціальної реабілітації [78]. Саме а впровадженні психоедукації, стрес-менеджменту, когнітивно-поведінкової

терапії та розвиткові резильєнтності як інструментів адаптації та психологічного відновлення робиться акцент у багатьох сучасних підходах.

Ефективними для студентської молоді, військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб виявляються ресурсорієнтовані моделі стресоподолання, які активно впроваджуються в умовах війни [79, 80]. Активізації внутрішніх механізмів відновлення, підвищенню суб'єктивного контролю та почуття безпеки сприяє те, що вони базуються на ідентифікації особистих ресурсів.

У перші тижні війни, особливо серед жінок та осіб молодшого віку, спостерігається зростання тривожно-депресивних станів, що засвідчує високу вразливість населення до впливу хронічного стресу та необхідність термінового включення психологічної допомоги в загальну систему реагування на надзвичайні ситуації [81].

Важливим індикатором ефективності психологічної допомоги є зниження інтенсивності стрес-асоційованих розладів, серед яких домінують соматоформні прояви, емоційне вигорання, порушення сну та посттравматичний стресовий розлад [82]. Емпіричні дослідження серед дорослого населення України після початку повномасштабної війни виявили високі показники психічних симптомів, зниження якості життя та потребу в навчанні навичкам подолання труднощів [83].

Комплексна реабілітація повинна включати не лише медичну, соціальну й фізичну, а й психоемоційну підтримку. Для досягнення стійкого відновлення необхідна інтеграція психологічних сервісів у всі етапи лікувального процесу – від первинної медичної допомоги до спеціалізованої реабілітації. При цьому слід враховувати соціальні детермінанти, що обумовлюють доступ до допомоги, зокрема стать, вік, соціальний статус, рівень освіти, регіон проживання тощо [84].

Складним процесом, що включає медичну, соціальну, професійну та психологічну допомогу є реабілітація військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Психологічна реабілітація, яка має на меті стабілізацію психічного

стану, подолання наслідків травматичних подій та формування внутрішніх ресурсів для адаптації до мирного життя є одним із центральних компонентів цієї системи. Високою поширеністю ПТСР, тривожно-депресивних станів та інших психоемоційних порушень серед військовослужбовців після повернення із зони бойових дій обумовлена значущість цього аспекту [85-87].

У дослідженні Гавловського О.Д. (2023) було представлено медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту та мають стрес-асоційовані розлади, та розроблено модель реабілітації, що базується на методології SADT (Structural Analysis and Design Technique), з урахуванням інформаційних, соціальних та організаційних чинників. Учасник АТО є центральним елементом цієї системи, а через поєднання медичної, психологічної, фізичної та соціальної реабілітації реалізується принцип холістичності. Зниженню рівня тривожності серед учасників сприяла імплементація окремих елементів моделі, зокрема фізичної та психологічної реабілітації [88].

У сучасних підходах до реабілітації акцент зміщується на потребу в індивідуалізації психотерапевтичного впливу та розбудову мережі підтримки, у якій значну роль відіграють не лише професійні фахівці, а й побратими, родина, громада [85, 89]. Дослідження показують, що відсутність соціального зв'язку й підтримки є чинником, що значно погіршує результати психологічної реабілітації [85]. Таким чином, охоплюючи соціально-психологічну підтримку, кризове консультування, тренінги адаптації та ресоціалізації, психологічна допомога виходить за межі класичних форм психотерапії.

Інтеграцію психолого-медичних реабілітаційних протоколів у військово-медичні системи з чіткою міждисциплінарною координацією демонструють Національні моделі країн НАТО, що передбачають участь військових психологів, психіатрів, соціальних працівників та капеланів у єдиній системі супроводу військовослужбовця [17]. Аналогічні підходи поступово впроваджуються і в Україні, хоча залишаються численні організаційні та ресурсні проблеми [32, 90, 91].

Особливої уваги заслуговує вивчення структури психологічної допомоги з урахуванням характеру бойового досвіду та ступеня ураження психічного здоров'я. Встановлено, що інтенсивність і форми проявів ПТСР, депресії, тривожності й агресивності залежать від тривалості участі в бойових діях, індивідуальної стресостійкості та соціального оточення [86]. Психологічна реабілітація в таких випадках потребує багаторівневої системи втручання: від первинної психоемоційної стабілізації до тривалої підтримки у формі психотерапії, групових занять, індивідуального супроводу, включення у волонтерські або соціально значущі ініціативи [86, 92, 93].

Застосування моделі BASIC PH, яка враховує індивідуальні ресурси особистості (віра, вплив, почуття, пізнання, уява, стиль поведінки), продемонструвало ефективність у програмах психоневрологічної реабілітації учасників бойових дій [92]. Цей підхід сприяє зниженню рівня тривоги, депресії, покращенню функціонування у соціальному середовищі. Крім того, методика дозволяє будувати індивідуальні маршрути психокорекційної роботи на основі домінуючих механізмів подолання стресу, що значно підвищує шанси на успішну адаптацію.

На профілактику дезадаптації, включаючи навчання навичкам саморегуляції, релаксації, розпізнавання власного психічного стану та звернення по допомогу на ранніх етапах має бути орієнтованою психологічна допомога військовослужбовцям також [94, 95]. Результати досліджень вказують, що своєчасне впровадження психопрофілактичних заходів дозволяє зменшити частоту виникнення психотравматичних розладів, а також сприяє підтримці бойової готовності під час активної служби [94].

У структурі комплексної реабілітації особливе місце займають реабілітаційні центри, які повинні мати у своєму штаті кваліфікованих психологів, психотерапевтів, психіатрів та інструкторів з психофізичної підготовки. У роботі таких закладів важливо не лише надання кризової допомоги, а й здійснення довготривалого моніторингу стану ветеранів, організація груп самопомоги, психоедукаційні програми для членів родини

[93, 96, 97]. Останні, за свідченнями дослідників, відіграють ключову роль у підвищенні ефективності психологічної підтримки, оскільки родина є основним джерелом емоційного ресурсу ветерана.

Комплексного міжвідомчого підходу, що передбачає тісну взаємодію систем охорони здоров'я, соціального захисту, ветеранських служб, громадських організацій та волонтерських структур потребує успішна психологічна реабілітація. У випадках, коли розробляються уніфіковані протоколи обстеження, маршрутизації та надання допомоги ветеранам бойових дій, ефективність цієї взаємодії значно підвищується [17, 90]. Як показує досвід, розрізненість у підходах різних відомств до оцінки психічного стану та критеріїв реабілітації призводить до втрати наступності у наданні допомоги та зниження її результативності [17, 90, 96].

Окрему проблему становить формування довіри військовослужбовців до фахівців психологічного профілю. За даними емпіричних досліджень, частина військовослужбовців схильна уникати звернення по допомогу через стигматизацію психічних розладів, страх втратити статус боєздатного або через негативний досвід взаємодії з непідготовленими спеціалістами [94, 97]. Цей бар'єр можна подолати шляхом упровадження моделей рівноправної участі ветеранів у психореабілітаційних програмах, створення груп підтримки рівний-рівному, залучення демобілізованих бійців до роботи консультантами та тренерами [97].

Інтеграція психологічної допомоги в систему медичної реабілітації також потребує забезпечення доступу до сучасних діагностичних інструментів і психотерапевтичних методик. Серед ефективних методів, що застосовуються в роботі з ветеранами, варто виокремити когнітивно-поведінкову терапію, EMDR (десенсибілізацію та репроцесинг рухами очей), методи тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапію та нарративну терапію [89, 91, 93]. Комплексний підхід передбачає поєднання цих методик залежно від індивідуального діагнозу, ресурсів і потреб пацієнта.

Низка досліджень також підтверджує ефективність групових форм роботи, які дозволяють формувати підтримувальне середовище, знижувати рівень соціальної ізоляції та сприяти формуванню нових стратегій поведінки [87, 91]. Особливо корисними такі групи є для військовослужбовців із тривалим бойовим досвідом та високим рівнем тривожності, які схильні до уникнення соціальних контактів. У рамках групової терапії ефективно застосовуються техніки реконструкції травматичного досвіду, тренінги емоційної регуляції, навчання комунікативним навичкам.

Не менш важливою є участь психологів у підготовці до демобілізації та переходу військовослужбовця до цивільного життя. Цей етап включає інформування про можливі психоемоційні труднощі, індивідуальне планування соціальної адаптації, створення плану самопомоги та зв'язків з ресурсними центрами [95-97]. До розвитку реакцій дезадаптації в перші місяці після повернення, що підтверджується спостереженнями у різних країнах, часто призводить недостатність уваги до цього етапу [95, 97].

У структурі комплексної реабілітації військовослужбовців психологічна допомога посідає ключову позицію, забезпечуючи не лише подолання наслідків психотравми, а й створення умов для формування повноцінної суб'єктності особистості, здатної до інтеграції в мирне життя. Лише за умови міждисциплінарної взаємодії, підвищення кваліфікації фахівців, упровадження доказово обґрунтованих психотерапевтичних практик, формування культури звернення по допомогу серед військовослужбовців та ветеранів, а також активного використання груп підтримки, які сприяють налагодженню горизонтальних зв'язків, зменшенню стигматизації психічних розладів і підвищенню довіри до процесу реабілітації як частини чутливої системи охорони здоров'я можлива успішна реалізація цієї складової.

### **1.3 Еволюція поглядів на респонсивність охорони здоров'я як основну ціль діяльності галузі**

Саме зараз, коли система охорони здоров'я України функціонує в умовах воєнного стану, соціальної нестабільності та економічної кризи, відновлення мережі спроможних медичних закладів і удосконалення структури охорони здоров'я є критично важливими для забезпечення стійкості системи та підтримки громадського здоров'я [98]. Зміцнення системи ОЗ, як на національному, так і на регіональному рівнях, базується на досягненні трьох ключових цілей: поліпшення стану здоров'я населення, забезпечення фінансової справедливості й респонсивності (чутливості) до очікувань пацієнтів [99, 100].

Респонсивність (від англ. responsiveness) як одна з основних цілей системи охорони здоров'я була визначена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у доповіді 2000 року. Вона трактується як ступінь реакції системи на законні очікування людей щодо неклінічних аспектів медичного обслуговування [99, 101].

Попри тривале існування концепції респонсивності, вона залишається найменш науково опрацьованою з-поміж трьох стратегічних цілей охорони здоров'я як в Україні, так і за кордоном [10]. Це пояснюється складністю об'єктивного вимірювання суб'єктивних очікувань пацієнтів і неоднорідністю уявлень про якісне обслуговування в різних культурах та контекстах. Водночас ефективність будь-якої моделі ОЗ прямо залежить від здатності системи реагувати на потреби й очікування громадян, особливо в частині профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів [102].

Респонсивність охорони здоров'я включає дві ключові сфери: повагу до людини та орієнтацію на пацієнта (табл. 1.1). Перша категорія охоплює такі елементи, як повага до гідності, комунікація, автономія та конфіденційність, тоді як друга стосується оперативності медичного обслуговування, якості побутових умов, свободи вибору постачальників послуг і доступу до соціальної підтримки під час лікування. Основною різницею між сферами є те, що перша стосується суб'єктивних відчуттів пацієнта, в той час як друга охоплює більш об'єктивні

характеристики, пов'язані із загальним рівнем обслуговування в медичних закладах [11, 103-105].

Таблиця 1.1

**Основні елементи чутливості (респонсивності, відгуку) системи охорони здоров'я [11, 103-105]**

Сфера	Елемент чутливості	Описання
Повага до людини	Повага до гідності	Право пацієнта залишатися особистістю, а не лише об'єктом медичного догляду, з дотриманням прав людини
	Комунікація	Здатність медичних працівників чітко і доступно інформувати пацієнтів про методи лікування та профілактики
	Автономія	Участь пацієнта в прийнятті рішень щодо лікування та інформована згода на методи лікування
	Конфіденційність	Захист лікарської таємниці, нерозголошення особистої інформації про пацієнта без його згоди
Орієнтація на пацієнта	Швидкість медичного обслуговування	Можливість отримати медичну допомогу без затримок, зменшення часу очікування на консультацію
	Якість побутових умов	Поліпшення умов в медичних закладах, таких як чистота обладнання, комфорт палат і харчування
	Свобода вибору	Пацієнт має право вибирати лікувальний заклад та постачальників медичних послуг
	Доступ до соціальної підтримки	Забезпечення пацієнтів підтримкою під час лікування через соціальні служби чи родинну інтеграцію

Елементи респонсивності були визначені на основі багатьох досліджень і соціологічних опитувань, що проводилися в різних країнах (Танзанія, Колумбія, Філіппіни), а також завдяки роботі міжнародних експертних груп, що обговорювали питання вивчення і розвитку систем охорони здоров'я [103, 104].

Повага до гідності, як один з елементів респонсивності, передбачає, що пацієнти мають право бути визнаними як особистості, а не просто як об'єкти медичного догляду. Це включає широкий спектр питань, від дотримання прав людини під час лікування до вирішення соціальних проблем, які можуть виникати у процесі медичного обслуговування [11, 103-105].

В контексті респонсивності автономія пацієнта означає його активну участь у виборі лікувальних методів і процедур або інформовану згоду на медичні втручання, включаючи можливість відмовитися від лікування.

Ще одним важливим аспектом, який гарантує, що інформація про пацієнта залишається недоступною для сторонніх осіб без його згоди, є конфіденційність, що сприяє довірі між пацієнтом та медичним персоналом.

В даному контексті комунікація означає здатність медичних працівників налаштувати ефективний контакт з пацієнтом, надавати йому зрозумілу інформацію про методи лікування та можливі варіанти профілактики захворювань [11, 103-105].

Чотири важливих елемента, серед яких свобода вибору медичного закладу, якість побутових умов, швидкість обслуговування та доступ до соціальної підтримки включає сфера орієнтації на пацієнта.

Два аспекти має швидкість медичної допомоги: зручне розміщення медичних закладів для полегшення доступу до лікування та скорочення часу очікування на консультацію і лікування.

Покращення середовища в медичних установах, таких як чистота обладнання та палат, комфорт меблів і харчування охоплює якість побутових умов.

Важливою складовою є також доступ до соціальної підтримки під час хвороби, оскільки благополуччя пацієнта часто залежить від соціальної інтеграції, яка може підтримуватися через медичне обслуговування [11, 103-105].

Забезпеченню респонсивності системи ОЗ в умовах вразливості певних груп, таких як біженці, мігранти, внутрішньо переміщені особи (ВПО), особи з психічними розладами, люди з хронічними захворюваннями, що часто стикаються з бар'єрами при доступі до медичних послуг, особи з бойовим досвідом, приділяється значна увага. Ці бар'єри мають як структурний (відсутність фізичної доступності, мовні перешкоди, правові обмеження), так і

соціально-культурний характер (дискримінація, недовіра до системи, стигматизація) [12, 106].

Особливого значення проблема респонсивності набуває у контексті обслуговування мігрантів і біженців. За даними ВООЗ, ці категорії населення часто отримують медичні послуги нижчої якості або взагалі не мають доступу до них через відсутність страхування, неврегульоване правове становище або відсутність інституційної готовності приймаючих систем охорони здоров'я [106]. В умовах гострої нестабільності, пов'язаної з війною в Україні, питання респонсивності набуває ще більшої актуальності, адже понад 5 мільйонів осіб були змушені покинути свої домівки, що потребує адаптації системи ОЗ до потреб цієї групи.

В межах психіатричної допомоги питання чутливості ОЗ також є критично важливим. Аналіз досвіду Ірану засвідчив, що система психіатричної допомоги не завжди спроможна забезпечити дотримання прав пацієнтів та індивідуалізований підхід, попри наявність ресурсів. Пацієнтами часто відзначається низький рівень комунікації, зневага до автономії та недостатня конфіденційність, які є ключовими елементами персоніфікованого підходу та становлять основу респонсивності [107].

В Іспанії за результатами оцінки рівня задоволеності пацієнтів з хронічними захворюваннями, виявлено, що ключовими факторами, які впливають на сприйняття респонсивності, є доступність медичної інформації, швидкість обслуговування та емоційна підтримка з боку персоналу [13]. Для України, де пацієнти з хронічними захворюваннями часто залишаються поза увагою системи, особливо в умовах воєнного часу, подібні дані можуть бути релевантними також. Не лише фізичну доступність послуг, але й емпатію, повагу до автономії пацієнта, ефективну комунікацію та захист від дискримінації повинна забезпечувати система ОЗ.

Адапованих моделей обслуговування, які враховують соціально-культурні особливості, рівень обізнаності, стан здоров'я та життєві обставини потребують вразливі групи. Одним із ключових бар'єрів доступу до послуг для

внутрішньо переміщених осіб, які зазнали втрати житла, родини, соціальних зв'язків, проживання, є відсутність офіційної реєстрації за новим місцем, що позбавляє їх можливості підписати декларацію з лікарем первинної ланки. У дослідженні, проведеному в Україні, визначено, що звертатися по допомогу до неформальних структур або залишаються без належної медичної підтримки змушені багато ВПО [15].

Респонсивність як концепція має не лише медичний, але й правовий зміст, вона ґрунтується на правах людини [108]. Це означає, що забезпечення респонсивності не повинно розглядатися лише як додатковий елемент якості медичних послуг, а як індикатор дотримання основоположних прав пацієнта. Особливо це актуально в контексті обслуговування маргіналізованих верств населення, які традиційно мають нижчий рівень довіри до державних інституцій, включно з системою охорони здоров'я.

Підготовка персоналу до роботи з вразливими групами є важливим чинником забезпечення респонсивності. Медичні працівники повинні володіти знаннями про культурні особливості, мати навички ефективної комунікації та виявляти емпатію. Це можливо лише за умов системної інтеграції компонентів пацієнт-орієнтованої практики до освітніх програм та програм підвищення кваліфікації [12].

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (Стратегія – 2030), що була нещодавно прийнята урядом, ставить на меті створення ефективного функціонуючої системи охорони здоров'я, яка надаватиме кожній людині рівні можливості щодо підтримки та зміцнення рівня здоров'я, а провайдерам медичних послуг – дієві механізми для забезпечення цього процесу при реалізації професійного потенціалу та впливу на систему [9].

Підвищення ефективності функціонування галузі при дотриманні ключових цінностей є невід'ємною складовою трансформації та післявоєнної розбудови охорони здоров'я. Відповідно до Стратегії – 2030 до таких цінностей відноситься людиноцентричність в охороні здоров'я, коли пріоритетом є

інтереси і потреби людей щодо реалізації їх прав та можливостей в системі ОЗ [9].

Цей базовий пріоритет національної системи охорони здоров'я кореспондується з такою ціллю діяльності галузі, як чутливість (респонсивність, відгук, реакція) охорони здоров'я до обґрунтованих очікувань пацієнтів, пов'язаних із неклінічними аспектами їх обслуговування.

Важливим аспектом є забезпечення чутливості ОЗ для вразливих категорій населення, серед яких, на сучасному етапі суспільного розвитку, ветерани, військовослужбовці, учасники бойових дій, які потребують якісних реабілітаційних медичних послуг. Особливостями фізичного та психологічного стану зумовлений високий рівень потреби у чутливості системи охорони здоров'я серед військовослужбовців, які перебувають на реабілітації. Надзвичайно важливими для цієї категорії пацієнтів є індивідуальний підхід, увага до емоційного стану та забезпечення комфортних умов лікування, що підтверджено результатами досліджень. Професійної медичної підтримки з використанням сучасного обладнання потребує фізична реабілітація, тоді як психологічна реабілітація вимагає делікатної роботи з посттравматичним стресовим розладом, тривожністю та депресією. Ключовими складовими, які сприяють відновленню довіри до медичної системи та успішної інтеграції військовослужбовців у повсякденне життя є забезпечення конфіденційності, поваги до автономії пацієнта та емпатійного ставлення. Загалом, важливим чинником підвищення ефективності реабілітаційних програм виступає чутливість медичної системи [109].

Серед оперативних цілей, що реалізують принцип людиноцентричності охорони здоров'я у Стратегії – 2030, є оперативна ціль щодо відновлення, розвитку та підтримки напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням потреб населення під час надзвичайних ситуацій. Серед завдань, націлених на її реалізацію: забезпечення комплексного врахування потреб ветеранів війни в наданні медичної допомоги, забезпечення розвитку

багаторівневої науково обґрунтованої моделі надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та інші [9].

Тоді, як в національній системі ОЗ респонсивність дотична до принципів людиноцентричності (пацієнтоорієнтованості) галузі, є й інші позиції з яких вона розглядається дослідниками. Так, Khan G. et al. розглядають чутливість ОЗ з 3-х позицій: однобічна взаємодія користувача із системою послуг, чутливість як зворотний зв'язок між користувачами та системою охорони здоров'я та респонсивність як підзвітність системи перед суспільством [10]. Lakin K. & Kane S. розглядають ідею легітимних очікувань пацієнтів, як ключову характеристику визначення респонсивності систем охорони здоров'я [110]. Fifield J. et al. [111], наслідуючи Larson E. et al. [112], розглядає чутливість охорони здоров'я з позицій процесного підходу, застосовуючи оцінку відгуку системи у якості показників, що вимірюють досвід пацієнтів та ступінь людиноцентричності системи ОЗ. Це є доцільним для застосування підходом, зважаючи на необхідність досягнення оперативних цілей Стратегії-2030 для національної системи охорони здоров'я.

Відгук на запити військовослужбовців щодо реабілітаційних послуг є пріоритетним завданням системи охорони здоров'я, оскільки впливає як на покращення здоров'я населення, так і на ефективність роботи галузі в умовах сучасних викликів. Необхідність оптимізації чутливості ОЗ з позицій процесного підходу визначила актуальність проведеного дослідження.

Таким чином, респонсивність системи охорони здоров'я в умовах вразливості певних груп є не лише викликом, а й індикатором ефективності, гуманності та соціальної відповідальності галузі. Її досягнення потребує міжсекторальної співпраці, включення підходів, що базуються на правах людини, і створення системи моніторингу з урахуванням специфіки потреб різних груп населення. Тільки за таких умов система охорони здоров'я здатна бути не лише функціонально ефективною, але й соціально справедливою.

#### **1.4 Шляхи забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців, як потенційної вразливої групи населення**

Сучасні системи охорони здоров'я функціонують в умовах зростаючої кількості викликів, зокрема збройних конфліктів, масштабних міграційних процесів, соціальної нестабільності та демографічного старіння. У таких умовах забезпечення респонсивності системи ОЗ, тобто її здатності своєчасно та ефективно реагувати на очікування та потреби пацієнтів, особливо представників вразливих груп, стає ключовим завданням державної політики [113-115].

Ефективне забезпечення чутливості системи охорони здоров'я передбачає використання комплексного підходу, що включає структурні, процесуальні та результативні інтервенції. Насамперед необхідним є інституційне впровадження політики респонсивності на національному рівні, що визначено у Стратегії співпраці з ВООЗ на 2024 – 2030 рр. як пріоритетний напрям реформування сектору охорони здоров'я [116]. Така політика має передбачати інтеграцію принципів чутливості в управлінські, клінічні та освітні стандарти, а також моніторинг індикаторів респонсивності, зокрема в частині доступності для вразливих груп [8, 114].

Окрему увагу необхідно приділяти психічному здоров'ю вразливих груп. Дослідження, проведене у восьми країнах, які приймають біженців із Сирії, вказує, що бар'єрами для забезпечення респонсивності у сфері психічного здоров'я є культурна нечутливість, недостатність інформації, мовні перешкоди та обмежена доступність послуг [117]. Подолання таких бар'єрів можливе через залучення культурних посередників, розвиток багатомовного інформування, навчання медичних працівників з акцентом на культурну компетентність і емпатійне спілкування [20, 117].

Забезпечення потреб внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перебувають у ситуації збройного конфлікту є не менш важливим. Конфлікти суттєво підривають стійкість систем ОЗ і обмежують можливості для респонсивного обслуговування через руйнування інфраструктури, брак

персоналу та обмеження у фінансуванні [30, 31]. Збройні конфлікти впливають на прогрес у досягненні цілей сталого розвитку, зокрема щодо забезпечення універсального доступу до медичних послуг [30]. В умовах воєнного конфлікту критично важливим є розгортання мобільних медичних бригад, організація телемедичних сервісів та адаптація клінічних маршрутів для переміщених осіб [8, 116].

Підвищення респонсивності також потребує системного моніторингу її рівня, зокрема через інструменти опитування пацієнтів. Як свідчить систематичний огляд у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, оцінка респонсивності за доменами – повага, комунікація, конфіденційність, вибір постачальника тощо – дозволяє виявити пріоритетні напрями інтервенцій [21]. Такий підхід актуальний для України, яка перебуває у стані трансформації системи ОЗ.

У контексті реабілітаційної допомоги важливим є врахування очікувань осіб з обмеженням функціональних можливостей. Досвід Ірану показує, що ключовими аспектами підвищення респонсивності у фізичній реабілітації є ефективна комунікація, швидкість доступу до послуг, етичне ставлення персоналу та інформування пацієнтів [14]. Це свідчить про потребу в міждисциплінарному підході з акцентом на потреби пацієнта.

Значний тиск на систему первинної медичної допомоги чинять міграційні процеси. Бруднощі в інтеграції мігрантів у систему ПМД через мовні бар'єри, різницю в очікуваннях до медичної допомоги та обмеженість ресурсів виявило дослідження, проведене у Польщі [118]. Рекомендованими шляхами вирішення є міжкультурна медична освіта, впровадження послуг медичних навігаторів та інформаційних кампаній.

Забезпечення чутливості системи охорони здоров'я до потреб військовослужбовців, зокрема учасників бойових дій, є одним із ключових напрямів формування відгуку медичної системи на запити вразливих категорій населення. Численні елементи, що мають потенціал для реалізації засад чутливості, зокрема поваги до гідності, забезпечення автономії пацієнтів,

захисту конфіденційності, а також орієнтації на індивідуальні потреби охоплює вітчизняна нормативно-правова база медичного та соціального супроводу ветеранів війни.

Надання широкого спектра безоплатних медичних послуг, доступ до соціальної підтримки, житла, працевлаштування, освіти, перекваліфікації, а також права на комплексну медичну і психологічну реабілітацію гарантують Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ та Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 року № 2011-ХІІ [119, 120]. Ці гарантії покликані реалізувати принцип рівного доступу до медичних і соціальних послуг, повагу до особистих потреб, а також формування довіри до інституцій охорони здоров'я у контексті чутливості системи охорони здоров'я.

Важливою інституційною ініціативою в цьому напрямі стала реалізація експериментального проєкту з надання соціального супроводу безпосередньо у військових частинах, що дозволяє наблизити послуги до адресата і знизити бар'єри у доступі до підтримки [121]. Це відповідає міжнародним підходам до орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнта та знижує ризик фрагментації медичних маршрутів.

Після початку повномасштабної агресії росії проти України суттєво активізувалася законодавча діяльність у сфері охорони здоров'я. Так, Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року визначає завдання з інтеграції медичних і соціальних послуг, цифровізації доступу, впровадження телемедицини, що є критично важливими з позицій підвищення ефективності та чутливості медичної системи до запитів військовослужбовців [9].

Елементами забезпечення відгуку системи охорони здоров'я стали цифрові платформи – «Ветеранський простір» та «Електронний кабінет ветерана», які спрощують комунікацію з державною системою, забезпечують автономність ветеранів при реалізації прав, а також дають змогу оперативно отримувати послуги [122, 123]. Критеріям прозорості, швидкості обслуговування та

зворотного зв'язку, що є базовими компонентами чутливої медичної системи відповідає така цифрова трансформація.

Забезпечення чутливості системи охорони здоров'я до потреб військовослужбовців потребує переосмислення її функціональної структури, акценту на пацієнт орієнтований підхід, міжсекторальну взаємодію та сталу реабілітаційну інфраструктуру. Ключовим чинником у формуванні відповідального відгуку є інституціоналізація спеціалізованих сервісів, здатних не лише надавати послуги, але й адаптувати їх під конкретні індивідуальні запити кожного військового [12].

Військовослужбовці та ветерани бойових дій мають складні, часто багатокomпонентні потреби, серед яких переважають доступ до якісної психічної допомоги, реабілітації, лікування хронічних захворювань, відновлення соціальних функцій, а також захист трудових прав, згідно з аналітичним звітом МОЗ України [16, 124]. На недостатню інформованість ветеранів про наявні сервіси, ускладнений доступ до фахової медичної допомоги через територіальну віддаленість, нестачу фахівців, а також дискримінаційні упередження щодо ментального здоров'я вказують також і дослідження [125, 126].

Проблема фрагментарності надання допомоги заслуговує особливої уваги. Результати дослідження Правозахисного центру для військовослужбовців «Принцип» [127] демонструють, що на сьогоднішній день система реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам залишається децентралізованою та нерівномірно організованою. Частина установ, що надають такі послуги, підпорядкована силовим міністерствам – Міністерству оборони України та Міністерству внутрішніх справ (МВС), тоді як інші працюють у складі цивільної медичної мережі, підзвітної Міністерству охорони здоров'я. Відповідно, принципи функціонування та нормативно-правові вимоги до відомчих установ визначаються внутрішньою регуляцією, тоді як цивільні заклади мають також відповідати умовам контрактування з Національною службою здоров'я України. Такий підхід призводить до розмежованості не лише у наданні послуг, але й у джерелах фінансування: поряд з МОЗ, Міноборони та

МВС, у сферу забезпечення реабілітації включено й Міністерство соціальної політики, яке відповідає за організацію безоплатного протезування та постачання технічних засобів реабілітації.

Таким чином, фінансування реабілітаційної допомоги здійснюється з кількох бюджетних напрямів із використанням різних механізмів оплати. При цьому зберігається і сегмент приватних постачальників, оплата послуг яких лягає на пацієнтів. Часто допоміжні засоби реабілітації надаються через благодійні проекти, а ресурси, передбачені державою, залишаються невикористаними через відсутність звернень, про що свідчать офіційні звіти Мінсоцполітики [127]. Маршрут пацієнта передбачає проходження через кілька медичних установ, однак механізм переведення між ними залишається складним, непрозорим та незрозумілим для самих військовослужбовців. У багатьох випадках ініціація переведення вимагає попередніх домовленостей між установами.

Додаткові труднощі спричиняє специфіка статусу військовослужбовця, що вимагає погодження низки дій із військовою частиною, включаючи доступ до медичної допомоги. Така система може затримувати отримання необхідних послуг, а також обмежує вибір закладів. Незважаючи на те, що військові та ветерани формально мають право на реабілітацію в межах Програми медичних гарантій нарівні з цивільними, на практиці існують бар'єри у реалізації цих прав. Пільги та особливі гарантії здебільшого стосуються соціального забезпечення, тоді як поінформованість військових про важливість реабілітації залишається на низькому рівні. Отримання послуг часто залежить від висновків військово-лікарської комісії (ВЛК), і за відсутності відповідного рішення особа або не отримує реабілітаційної допомоги, або змушена звертатися до приватного сектору [127].

Разом з тим, за даними дослідження Правозахисного центру для військовослужбовців «Принцип», загальний рівень задоволеності наданими реабілітаційними послугами серед військових та ветеранів є доволі високим [127]. Водночас, серед найпоширеніших зауважень респонденти вказували на

складнощі у спілкуванні з медичним персоналом, подекуди – на неповагу або неетичне ставлення. Також акцентувалась увага на тривалості процедур та відсутності безбар'єрного середовища. У випадках тяжких станів пацієнтів родичі часто повідомляли про відсутність реабілітаційної допомоги або ж про її недостатність, оскільки пропоновані послуги не відповідали всім потребам. У сфері психологічної підтримки військовослужбовці та ветерани виявляли більший рівень довіри до фахівців із досвідом участі у бойових діях. При цьому відзначалося зростання потреби не лише у психологічній допомозі для пацієнтів, але й у підтримці медичних працівників, які працюють із цією категорією.

Щодо протезування, більшість осіб, які потребували таких послуг, мали можливість самостійно обирати постачальника та модель протезу, при цьому сама процедура залишалася безоплатною. Проте значна частина з них згодом потребувала повторних або додаткових хірургічних втручань, що збільшувало тривалість реабілітаційного процесу. Відсутність уніфікованих клінічних підходів до ампутацій є одним із факторів, що обумовлює потребу в реампутаціях [127].

Загалом, система реабілітації для військових функціонує, але потребує суттєвого вдосконалення. Завдяки покращенню координації між установами охорони здоров'я та військовими структурами, зміцненню взаємодії між усіма зацікавленими суб'єктами, а також впровадженню цілісної політики, що дозволить забезпечити реабілітаційну допомогу згідно з індивідуальними потребами в належному обсязі, своєчасно та без фінансових витрат з боку пацієнтів можливе підвищення ефективності відновлення після поранень [127].

Дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього» [125] підтверджує, що на сьогодні однією з ключових проблем, з якою стикаються поранені військовослужбовці, є відсутність чіткого розуміння процедур взаємодії з військовими частинами, закладами охорони здоров'я, ВЛК. Залишається актуальним і питання недостатньої поінформованості щодо важливості отримання відповідної документації та її відповідності встановленим вимогам. Особливо емоційно напруженим для поранених є проходження

процедури ВЛК, яка наразі характеризується високим рівнем формалізму й відчуттям відсутності гуманного підходу. Система ОЗ, таким чином, не лише не відповідає запитам, а й посилює відчуття соціальної ізоляції, що є особливо небезпечним для груп із підвищеним ризиком посттравматичних розладів.

За даними дослідження Програми реінтеграції ветеранів (IREX), ключова відповідальність за забезпечення потреб ветеранів та надання їм відповідних послуг має належати державі. Недовіру до спроможності державного сектору ефективно реагувати на майбутнє зростання кількості осіб з ветеранським статусом, що супроводжуватиметься зростаючим різноманіттям їхніх запитів, висловлює значна частина ветеранів. Ветерани вважають організаційні труднощі основними перешкодами, з якими держава стикається в процесі надання послуг, зокрема через обмеження у фінансових та людських ресурсах або їхній неефективний розподіл, що, у свою чергу, негативно впливає на доступність і якість послуг. Крім цього, існують бар'єри у налагодженні повноцінного зворотного зв'язку між державними структурами та самими ветеранами. Представники громадських та ветеранських організацій, критично оцінюють ефективність державної політики в частині виявлення актуальних потреб ветеранів та членів їхніх сімей. Значну частину функцій із задоволення потреб ветеранів фактично перебирають на себе неурядові структури. Ветерани очікують від держави чіткої, узгодженої та послідовної політики у сферах охорони здоров'я, психологічної підтримки, правової допомоги, забезпечення житлом, доступу до освіти, соціальних гарантій та працевлаштування [128].

Водночас практики міжнародних партнерів свідчать про ефективність моделей, де чітко налагоджено координацію між МОЗ, Мінсоцполітики, МВС та ветеранськими організаціями. Наприклад, досвід Великої Британії та Канади підтверджує ефективність систем реєстрації ветеранів, які автоматично підключають їх до спектру доступних послуг та моніторингу їхнього стану [129].

Одним із ефективних шляхів підвищення респонсивності системи охорони здоров'я для військовослужбовців є формування єдиної інформаційної платформи, яка б акумулювала дані про потреби, історії лікування, надані

послуги та доступні ресурси. Така система дозволяє знизити адміністративне навантаження на пацієнта, підвищити ефективність міжвідомчої взаємодії та спростити доступ до допомоги [15, 127]. Системна інтеграція таких даних має базуватися на принципах конфіденційності, але при цьому бути достатньо відкритою для залучених структур – медичних, соціальних, правових.

Невід’ємним елементом ефективного реагування на запити військовослужбовців є розвиток інституту кейс-менеджменту – підходу, за якого індивідуальний менеджер супроводжує військовослужбовця на всіх етапах лікування, реабілітації та соціальної адаптації [130]. Застосування цього підходу, підтриманого ВООЗ та іншими міжнародними організаціями, дозволяє не лише координувати надання послуг, але й посилити суб’єктну роль самого пацієнта, що сприяє зростанню рівня його залученості в процес відновлення.

Використання мультидисциплінарного підходу у реабілітації військовослужбовців дозволяє скоротити терміни відновлення, знизити рівень повторних госпіталізацій та покращити якість життя в довгостроковій перспективі [16, 131]. Такий підхід передбачає участь лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, логопеда (у разі потреби), соціального працівника, а іноді й капелана або фахівця з духовної підтримки відповідно до індивідуальних потреб.

Іншим важливим напрямом є розвиток медичної інфраструктури за принципом географічної доступності та функціональної спеціалізації. Багато військовослужбовців демобілізуються у регіонах, де бракує відповідних фахівців або обладнання для якісної реабілітації. Це створює нерівність у доступі до медичних послуг, поглиблює соціальну ізоляцію та спричиняє зниження респонсивності системи загалом [125, 132]. Саме тому доцільним є розвиток системи телемедицини, мобільних реабілітаційних бригад та розбудова регіональних центрів медичної допомоги ветеранам.

Окремої уваги заслуговує емоційна чутливість персоналу. Дані національного дослідження [125] свідчать, що низький рівень емпатії, вигорання медиків та відсутність навичок роботи з посттравматичними розладами

створюють додаткові ризики повторної ретравматизації пацієнтів. Отже, системна підготовка медичних кадрів до роботи з військовослужбовцями, включно з програмами з психологічної стійкості, навичок комунікації, управління конфліктами та критичними ситуаціями є вкрай необхідною.

Як показують проведені національні дослідження, для забезпечення належного відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців як вразливої групи необхідно: посилити міжвідомчу координацію з метою інтеграції медичних і соціальних послуг; розвивати цифрову інфраструктуру з урахуванням потреб користувачів з інвалідністю; вдосконалити механізми моніторингу якості послуг; забезпечити рівний доступ до реабілітаційної та психосоціальної підтримки на місцевому рівні; запровадити механізми регулярного зворотного зв'язку з ветеранами для врахування їх досвіду у формуванні політик [125-135].

Формування позитивного іміджу звернення за допомогою серед військовослужбовців також є дуже важливим. Суспільні упередження щодо психологічної допомоги, знецінення ментального здоров'я, стигматизація ПТСР у військовому середовищі залишаються значущими бар'єрами. Тому інформаційні кампанії, які популяризують звернення за допомогою як акт сили, а не слабкості, мають стати невід'ємною частиною оптимізації реабілітаційної допомоги [134, 135].

Отже, створення ефективної, чутливої до потреб військовослужбовців системи ОЗ загалом, і реабілітації зокрема, можливе лише за умов системного міжвідомчого підходу, активної участі самих ветеранів у формуванні політик, а також стабільного політичного курсу на гуманізацію медичних сервісів.

Протягом останнього десятиліття проводились різні дослідження щодо аналізу ролі неклінічних факторів, в тому числі різних аспектів чутливості, у забезпеченні ефективності діяльності ОЗ [136]. Проводилися оцінки відгуку систем охорони здоров'я на запити населення, оцінки загального рівня чутливості та відгуку на запити окремих, найбільш вразливих груп, які стикаються з меншою повагою до гідності, обмеженою свободою вибору

постачальників послуг, обмеженим доступом до соціальної підтримки та гіршими умовами під час лікування тощо. Потенційно вразливими групами щодо відгуку на запити є пацієнти, що потребують реабілітаційних послуг, зокрема переселенці, біженці, інваліди та ветерани війни [10, 117].

Незважаючи на спрямованість щодо удосконалення нормативно-правової бази, кроків щодо розробки державної стратегії реабілітації військовослужбовців, успішні приклади роботи низки центрів досконалості з реабілітації та мультидисциплінарних реабілітаційних команд, національні та територіальні системи охорони здоров'я поки не забезпечують належного рівня відгуку на запити щодо комплексної реабілітації ветеранів [90, 37].

Для вирішення багатоаспектних проблем зі здоров'ям і покращення добробуту військовослужбовців необхідний багатокомпонентний підхід. На військовослужбовців впливають різноманітні стресори, викликані раптовими змінами у житті та травматичний стрес перебування у небезпеці, що може призводити до таких проблем психічного здоров'я, як тривога, посттравматичний стресовий розлад та інші. Ці аспекти відіграють важливу роль у ставленні ветеранів до наслідків хвороби (поранення) і відповідно впливають на ефективність реабілітаційних заходів [37, 85].

Це вказує на необхідність, при вивченні респонсивності під час реабілітації ветеранів, також вивчати ставлення до хвороби та інших психологічних аспектів, адже тільки адаптивний і чутливий підхід може забезпечити своєчасне виявлення та ефективне лікування психічних і фізичних проблем, з якими стикаються військовослужбовці.

Науковцями досліджувалися різні аспекти реабілітації військовослужбовців, такі як інтеграційно-координаційні моделі медичної реабілітації, психологічні аспекти реабілітації та інші [137], однак існує потреба у цілісних комплексних підходах до вивчення відгуку ОЗ, ретельному дослідженні забезпечення окремих аспектів чутливості галузі для оптимізації задоволення неклінічних потреб військовослужбовців та ветеранів щодо організації комплексної реабілітації.

## **Висновки до розділу 1**

У результаті проведеного теоретико-аналітичного огляду встановлено, що поняття респонсивності (чутливості) системи охорони здоров'я, визначене ВООЗ як одна з провідних цілей функціонування галузі поряд із поліпшенням здоров'я населення і фінансовою захищеністю, і на теперішній час є ключовим концептом для розробки стратегій підвищення ефективності системи ОЗ та зміцнення громадського здоров'я.

Визначено, що сучасні підходи до забезпечення чутливості охорони здоров'я ґрунтуються на інтеграції міждисциплінарних та пацієнтоорієнтованих практик, застосуванні цифрових сервісів, адаптації послуг до потреб вразливих груп, серед яких військовослужбовці, ветерани, внутрішньо переміщені особи. Особливої значущості ці підходи набувають в умовах війни, коли система ОЗ стикається з викликами фрагментації, дефіциту ресурсів та нерівного доступу до допомоги.

Аналіз міжнародного і національного досвіду засвідчив ефективність мультидисциплінарних команд, цифрових платформ, психологічної підтримки, правових гарантій та систем моніторингу, як інструментів забезпечення відповідального відгуку медичної системи на запити військових.

Системний аналіз літературних джерел та практичних ініціатив підтверджує доцільність використання концепції респонсивності ВООЗ та процесного підходу як методологічного підґрунтя для розробки моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців.

### **Матеріали розділу знайшли відображення у роботах автора:**

1. Волошин ВО, Михайлов БВ, Рижинко СА, Тітов ГІ, Мороз СМ., Яворська ІП, Хаїтов РП. Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій. Військова медицина України. 2017;17(3-4):5–10. [138].

## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Забезпечення чутливості системи охорони здоров'я до очікувань військових становить складне і багатоаспектне завдання, вирішення якого потребує використання сукупності обґрунтованих методичних підходів.

Науковою базою дослідження, яке проводилось протягом 2021 – 2025 років, була Дніпропетровська область, як репрезентативний регіон для аналізу респонсивності територіальної системи охорони здоров'я, три заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) Дніпропетровської області, на базі яких проводилося дослідження (додаток В), і основна база дослідження та апробації результатів – Комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний спеціалізований реабілітаційний центр «Солоний Лиман» Дніпропетровської обласної ради» (договір про науково-практичне співробітництво – додаток Д).

Вибір Дніпропетровської області у якості бази дослідження зумовлений її репрезентативністю, як типового регіону з надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям. Область є однією з провідних у Східному регіоні України за чисельністю учасників бойових дій та обсягами надання медичної і реабілітаційної допомоги. Крім того, регіон демонструє розвинену інфраструктуру охорони здоров'я, наявність багатопрофільних закладів та спеціалізованих реабілітаційних центрів, що дозволяє всебічно оцінити ефективність функціонування системи у відповідь на запити військовослужбовців щодо реабілітації.

Інформаційною основою дослідження виступали первинні (власні) дані та вторинні (офіційні статистичні) дані, зокрема: дані Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) та ВООЗ; медичні карти стаціонарних хворих (форма №003/о), індивідуальні плани реабілітації у сфері охорони здоров'я (форма №088/о), звіти юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики за рік (форма №20); статистичні звіти Державної служби статистики України

(Держстату), дані дашбордів НСЗУ, МОЗ України, дані департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації; результати інтерв'ювання та психодіагностичного тестування військовослужбовців, соціологічного опитування респондентів, а також результати експертної оцінки.

Досягнення мети дослідження потребувало спеціальної програми, розробленої з використанням системного підходу (рис. 2.1). Робота проводилась у 5 етапів, структурованих відповідно поставлених завдань.

Першим був аналітичний етап на якому було проведено систематизований огляд 202 джерел з питань респонсивності систем охорони здоров'я до очікувань вразливих груп, реабілітації військовослужбовців. Другий методологічний етап включав розробку програми та складання плану дослідження. Третій етап складався з оцінок реабілітаційних потреб, кадрового, організаційного та фінансового забезпечення реабілітації, аналізу функціональної спроможності територіальної системи охорони здоров'я на запити військових.

Основною інформаційною базою третього етапу дослідження слугували дані статистичних збірників Держстату про соціальний захист населення України з 2012 по 2022 роки; аналітично-інформаційні довідники показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні з 2020 по 2022 роки; збірки показників стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Дніпропетровської області Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації з 2020 по 2024 роки [139-157].

Емпіричний четвертий етап було присвячено вивченню чутливості системи охорони здоров'я до запитів військовослужбовців на підставі аналізу документації, соціологічних опитувань осіб із бойовим досвідом, психодіагностики відношення до хвороби комбатантів, як чиннику впливу на респонсивність.

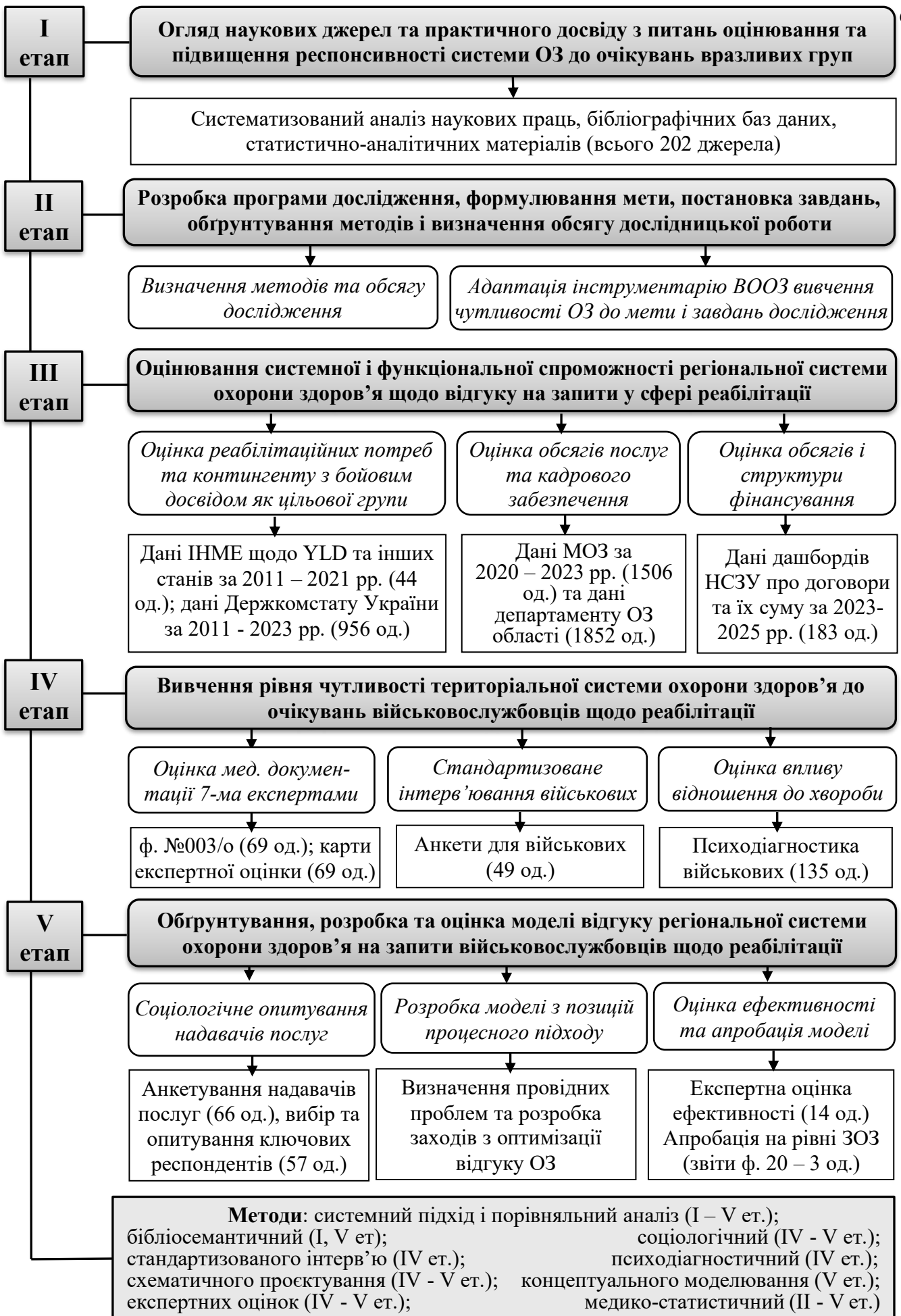


Рис. 2.1 Програма, методи та обсяги дослідження

Спочатку проводилася експертна оцінка медичних карт стаціонарних хворих (ф. 003/о) 69-ти військовослужбовців – учасників війни на Сході України, що знаходилися у стаціонарних закладах охорони здоров'я м. Дніпро на лікуванні та медичній реабілітації до 2022 рр. – до періоду повномасштабної війни в Україні.

Програма експертної оцінки включала традиційні підходи до такого виду досліджень при опрацюванні медичної документації [158, 159] та питання щодо визначення відгуку галузі на запити бійців, які потребують відповідного лікування та реабілітації. Використовувалася самостійно розроблена карта експертної оцінки (додаток Е), заснована на підходах, визначених ВООЗ для досліджень респонсивності ОЗ [10-13, 15, 21]. Кожен елемент чутливості оцінювався у відсотках, значення у 100 % вважалось максимально можливим рівнем при оцінці, як кожного елемента, так й інтегрального коефіцієнта. Інтегральна оцінка респонсивності ОЗ проводилася з урахуванням ваги, яку вносять різні аспекти чутливості у її формування і переведенням отриманого результату у відносні величини – частку від максимально можливого рівня (100 %).

У якості експертів виступали 7 організаторів охорони здоров'я вищої категорії, що працюють у медичних закладах ОЗ, які надають медичні і реабілітаційні послуги військовослужбовцям. Для забезпечення достовірності експертної оцінки розраховувалася необхідна кількість експертів (менше наявної), рівень їх компетентності (більше за 0,80) та погодженість думки експертів за коефіцієнтом конкордації Кендалла (W). Коефіцієнт більше 0,6 вважався пороговим для прийняття рішення про високий рівень погодженості думок експертів [160].

Для збору інформації щодо характеристики експертів застосовувалася карта оцінки інформованості та аргументації думки експертів (додаток Ж), для оцінки їх необхідної кількості та компетентності, підходи, описані Лехан В.М. та Крячковою Л.В. (2013, 2019) [158, 159]. Такий підхід до визначення кількості та компетентності експертів проводився і на інших етапах дослідження.

Для оцінки очікувані військовослужбовців щодо відгуку регіональної системи охорони здоров'я на їх реабілітаційні запити було проведене стандартизоване інтерв'ю серед 49 військових, що знаходилися на реабілітації у закладах охорони здоров'я м. Дніпра.

Нами застосовувався підхід оцінки чутливості, запроваджений ВООЗ. Інструментом збору інформації слугувала анкета по вивченню потреб щодо відгуку охорони здоров'я на запити військовослужбовців при реабілітації та окремий її варіант для широких верств населення (додаток І). Дослідження проводилося за адаптованою методикою А. De Silva & N. Valentine [101], що базується на опитуванні ключових респондентів за допомогою структурованої анкети, із запитаннями з оцінкою елементів усіх чутливості системи ОЗ. Компоненти респонсивності вимірювалися за десятибальною шкалою Лайкерта від 1 балу – зовсім не має потреби у даному елементі чутливості до 10-ти – максимальні очікування. Узагальнення бальної оцінки за сферами та в цілому проводилося шляхом розрахунку середньозважених показників, відповідно до внеску кожного елементу у підсумкові результати [9].

Перевагою такого опитувальника є невелика кількість запитань в анкеті, можливість зваженої бальної оцінки загального рівня та різних елементів чутливості.

В рамках четвертого етапу вивчалися типи ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації для розробки шляхів адекватного відгуку системи охорони здоров'я на їх неклінічні запити. Психодіагностикою було охоплено 135 військовослужбовців, які знаходилися на реабілітації у закладах охорони здоров'я м. Дніпро протягом 2021 – 2023 рр.

Застосовувалася методика психологічної діагностики типів відношення до хвороби (ТВДХ), опитувальник, текст якого та інструкції були перекладені українською мовою І.Я. Коцан, Г.В. Ложкіним, М.І. Мушкевич (2009) [161] та Л.М. Співак і А.М. Османовою (2023) [162]. Дана методика була адаптована і неодноразово застосовувалася вітчизняними науковцями для оцінки типів

відношення до хвороби серед різних груп пацієнтів у психологічних та клінічних дослідженнях [163-165].

Методика включає виявлення 12 типів ставлення до захворювання: сенситивного, тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, паранойяльного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного та гармонійного.

Опитувальник складається з 12-ти груп тверджень (від 10 до 16 тверджень в кожній групі), що відповідають певному типу відношення до хвороби. З переліку питань потрібно обрати одне або максимум два твердження, що відповідають стану особи або позначити, що жодне твердження не підходить. Для аналізу й інтерпретації результатів тестування відбирають шкалу (або шкали) з максимальним значенням суми балів. Якщо шкала з максимальною оцінкою є єдиною і немає інших шкал, оцінки яких відрізняються від неї не більше ніж на 7 балів, то діагностують тільки один тип відношення до хвороби відповідно до цієї шкали. Якщо в критичний інтервал (7 балів) входить ще одна або більше шкал, то діагностують відповідно змішаний або дифузний тип відношення до хвороби, які позначають відповідними назвами шкал.

Типи відношення до хвороби об'єднуються у три блоки залежно від критеріїв «адаптивність – дезадаптивність», що відображає вплив ставлення до хвороби на адаптацію пацієнта, та «інтер - інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації, що враховує як внутрішні, так і зовнішні її аспекти. До блоку адаптивних (умовно адаптивних) типів належать: гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний. До типів з інтрапсихічною дезадаптацією (інтрапсихічно-дезадаптивних) відносяться: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний. До типів з інтерпсихічною дезадаптацією (інтерпсихічно-дезадаптивних) відносяться: сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранойяльний типи відношення до хвороби [162-164].

За допомогою схематичного проектування і концептуального моделювання визначався вплив типу ставлення до хвороби на елементи чутливості охорони здоров'я.

На початку п'ятого етапу моделювання було опитано надавачів медичних і реабілітаційних послуг, серед яких відібрано ключових респондентів, думки яких і результати попередніх досліджень було покладено в основу розробки концептуальної моделі реагування системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців з позицій процесного підходу. Наприкінці етапу оцінювалася ефективність моделі на підставі експертного оцінювання та аналізу результатів впровадження елементів моделі у діяльність ЗОЗ.

Один із ключових підходів до оцінки респонсивності системи охорони здоров'я полягає в опитуванні обізнаних респондентів – фахівців, які безпосередньо залучені до функціонування галузі. Це можуть бути лікарі, медичні працівники, управлінці, науковці, викладачі медичних вишів, соціальні працівники, а також представники органів виконавчої влади та недержавних організацій, дотичних до сфери охорони здоров'я. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, до груп ключових респондентів включалися різні категорії учасників системи ОЗ, від надавачів реабілітаційних послуг до співробітників закладів вищої освіти (ЗВО). Основною умовою участі було глибоке знання функціонування системи охорони здоров'я та здатність формулювати відповіді, спираючись як на власний досвід, так і на розуміння суспільних очікувань щодо її чутливості [101].

За допомогою соціологічного методу проведено опитування 57 надавачів медичних послуг Дніпропетровської області, яких можна вважати ключовими респондентами у сфері організації реабілітаційного обслуговування військових. Застосовувалися критерії відбору ключових респондентів, запропоновані ВООЗ, адаптовані й апробовані під час кафедральних досліджень оцінки чутливості системи охорони здоров'я щодо очікувань населення [158].

У якості ключових респондентів виступали різні спеціалісти, дотичні до процесу реабілітації військових, зокрема організатори охорони здоров'я – 18 респондентів (31,6 %), лікарі фізичної та реабілітаційної медицини – 9 респондентів (15,8 %), психіатри та психотерапевти – 9 респондентів (15,8 %),

неврологи – 9 респондентів (15,8 %), хірурги – 6 респондентів (10,5 %) та терапевти – 6 респондентів (10,5 %).

Опитані за своєю спеціалізацією та сферою професійної діяльності були визнані фахівцями у питаннях реабілітації військовослужбовців і мали змогу надавати обґрунтовані відповіді, базуючись на особистому та галузевому досвіді, що визначалося за допомогою додаткових перевірочних питань при опитуванні та шляхом визначення рівня їх компетентності [158]. Були відібрані респонденти з коефіцієнтом компетентності щодо питань організації реабілітації військовослужбовців понад 0,8. Із 66 початкових анкет 13,6 % були визнані непридатними для подальшого аналізу.

Середній вік опитаних ключових респондентів становив 45,5 (95 % ДІ 42,6 - 48,3) років, вони мали середній стаж роботи 18,8 (95 % ДІ 16,2 - 21,5) років. Більшість були жіночої статі (70,2 %), працювали переважно на стаціонарному рівні (59,6 %) та мали вищу кваліфікаційну категорію (59,6 %), чверть (24,6 %) мали науковий ступінь. Між групами ключових респондентів не було виявлено статистично значущих відмінностей за статтю, віком та іншими характеристиками ( $p > 0,05$ ).

Опитування проводилося за допомогою самостійно розробленої анкети (додаток К), запитання ґрунтувалися на концепції ВООЗ оцінки чутливості та включали запитання щодо шляхів забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації. Анкета була анонімною, опитування деперсоніфіковане, збиралася лише загальна статистична інформація.

Для розробки концептуальної моделі оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації було використано результати власних досліджень [109, 166], а також застосовано системний і процесний підходи, порівняльний аналіз, схематичне проектування та концептуальне моделювання.

Дієвість розробленої моделі перевіряли шляхом її експертної оцінки за спеціально розробленою картою (додаток Л) 14-ма досвідченими експертами (з

рівнем компетентності більше 0,80) та аналізом результатів впровадження її окремих елементів у процес реабілітації.

Дослідження проводилося і дотриманням етичних норм (протокол засідання комісії з питань біомедичної етики Дніпровського державного медичного університету №3 від 02.11.2021 р.). Карти, анкети й опитувальники були анонімними, опитування неперсоніфікованим, збиралася лише загальна статистична інформація після отримання індивідуальної згоди респондентів.

У відповідності до поставлених завдань для досягнення мети роботи було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний підхід і порівняльний аналіз, бібліосемантичний, соціологічний, стандартизованого інтерв'ю, психодіагностичний, схематичного проектування, концептуального моделювання, експертних оцінок та медико-статистичний. Методологія системного підходу та аналізу застосувалась на всіх етапах роботи (планування та виконання дослідження, оцінка його результатів) для формування та розв'язання завдання як об'єкта системного дослідження

Репрезентативність вибірових сукупностей у соціологічному, експертному та психодіагностичному дослідженнях забезпечувалась як відповідністю типологічним характеристикам цільових груп, так і обґрунтованим розрахунком обсягу вибірки за формулою Кокрена (Cochran W.G., 1976) [167, 168]:

$$n = \frac{t^2 \times pq}{\Delta^2}, \quad (2.1);$$

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2}{\Delta^2}, \quad (2.2),$$

де  $n$  – необхідна кількість спостережень;

$p$  – альтернативний (відносний) показник, що вивчається;  $q$  – величина, зворотна до  $p$ ;

$\sigma^2$  – дисперсія;

$\Delta$  – максимальна похибка дослідження;

$t$  – довірчий коефіцієнт, гарантуючий, що допустима похибка не

перевищить  $\Delta$ .

З використанням даних пілотних досліджень було обчислено відносні ( $p$ ) та середні ( $M$ ,  $\sigma$ ) показники, що характеризували основні ознаки, обраних для дослідження параметрів. Далі, приймаючи  $t=1,96$  (при довірчій ймовірності  $p=0,95$ ), максимальне  $\Delta=5\%$ , за формулами 2.1 та 2.2 було розраховано необхідну кількість спостережень для забезпечення кількісної репрезентативності вибірових сукупностей (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Розрахункова кількість спостережень для забезпечення репрезентативності вибірових сукупностей**

Метод	Оцінка медичної документації	Опитування військових	Психо-діагностика військових	Опитування ключових респондентів
Показник, взятий для розрахунків	Середній рівень чутливості	Середній рівень чутливості	Частота неадаптивних типів	Середній рівень чутливості
Значення розрахункового показника	$M=8,3$ $\sigma=1,7$	$M=9,7$ $\sigma=1,7$	$P=92,2$	$M=7,2$ $\sigma=1,3$
Кількість спостережень пілотного дослідження ( $n$ )	20	20	20	20
Максимальна похибка дослідження ( $\Delta$ )	0,42 балів	0,48 балів	5 % (0,05)	0,36 балів
Розрахунковий обсяг дослідження	65	47	111	50
Фактичний обсяг дослідження	69	49	135	57

З урахуванням умов воєнного стану, особливостей цільової групи дослідження (військовослужбовці з бойовим досвідом) та етичних обмежень, пов'язаних із доступністю респондентів, обсяг вибірок було наближено до мінімально необхідного, розрахованого за формулою Кокрена (Cochran, 1977) для забезпечення достатнього рівня репрезентативності. Такий підхід дозволив

отримати надійні результати за умов обмежених можливостей охоплення генеральної (більшої вибіркової) сукупності в умовах воєнного стану.

Фактичні обсяги вибірок у межах дослідження були наближеними до мінімально допустимих значень  $i$ , з урахуванням умов воєнного часу, забезпечували достатній рівень статистичної надійності результатів

Для статистичної обробки даних застосовувалися інструменти, реалізовані у пакеті R командера (version 4.2.1 – <https://www.R-project.org>) та Microsoft Excel (<https://www.microsoft.com/microsoft-365/free-office-online-for-the-web>).

Для описання змінних використовувалися кількість спостережень ( $n$ ), мінімальні та максимальні значення (мін – макс), мода ( $Mo$ ), медіана ( $Me$ ), середні арифметичні значення ( $M$ ), стандартне відхилення ( $SD$ ,  $\sigma$  – для популяційних характеристик), похибка середнього ( $m$ ), коефіцієнт варіації ( $Cv$ , %), квартилі (25 %, 75 %), відносні величини ( $P$ , %, ‰ та інші), 95 % довірчі інтервали (95 % ДІ) та рівень статистичної значущості ( $p$ ) [167].

Порівняння абсолютних, середніх та відносних величин проводилося із застосуванням показників наочності (збільшення/зменшення в рази або на %). Розрахунок середньорічних темпів приросту/убутку (СТП) проводилося методом найменших квадратів.

Перевірка нормального розподілу кількісних показників здійснювалася за допомогою критеріїв Колмогорова-Смірнова, Шапіро-Уїлка (з поправкою Ліллефорса) та оцінки рівності дисперсій за критерієм Фішера ( $F$ ). Для оцінки достовірності різниці середніх значень застосовували критерії Стьюдента ( $t$  та  $T$ ) для нормального розподілу відповідно для непов'язаних та пов'язаних вибірок, Манна-Уїтні ( $U$ ) для непов'язаних вибірок та Вілкоксона ( $W$ ) для пов'язаних вибірок. Вірогідність розбіжностей відносних показників перевіряли за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона, у разі потреби з поправкою Йейтса. Множинні порівняння проводилися з використанням поправок Бонферроні та Холма. Для оцінки взаємозв'язків між змінними здійснювався кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ), лінійної кореляції Пірсона ( $r$ ). Проводився лінійний та нелінійний регресійний аналіз із

розрахунком парціальних та множинних коефіцієнтів кореляції, коефіцієнтів детермінації ( $R^2$ ). При наявності нелінійного зв'язку між змінними застосовувалася поліноміальна регресія, яка будувалася із врахуванням статистичних критеріїв добору степеню полінома та перевірки відповідності моделі фактичним даним [169].

Оцінка узгодженості думок експертів проводилася за допомогою коефіцієнтів варіації, а також коефіцієнта конкордації Кендалла. За наявним рекомендаціями, коефіцієнт варіації оцінювався за шкалою: до 10 % узгодження вважалось дуже добрим, 10-20 % – прийнятним, 20–33 % – допустимим, понад 33 % – недостатнім. Низьке значення  $C_v$  свідчило про високу узгодженість оцінок експертів. Також для оцінки ступеня узгодженості думок експертів використовувався коефіцієнт конкордації Кендалла ( $W$ ), значення якого оцінювалося за шкалою від 0 (повна відсутність узгодженості) до 1 (повна узгодженість) [170,171].

Проводився бінарний логістичний регресійний аналіз, що дозволив встановити статистично значущі зв'язки між незалежними змінними та імовірністю досягнення високого рівня відгуку системи. Для інтерпретації результатів застосовувалися скориговані відношення шансів (odds ratio, ВШ) із 95 % ДІ [172]. Для оцінки прогностичної здатності моделі логістичної регресії, знаходження балансу між чутливістю (sensitivity – Se) та специфічністю (specificity – Sp) проводився ROC-аналіз (ROC – Receiver Operating Characteristic) з розрахунком стандартних операційних характеристик: чутливості, специфічності та площі під ROC-кривою (area under ROC curve – AUC) з 95 % ДІ. Значення площі під ROC кривою інтерпретували у показниках точності: 0,9-1,0 – відмінна; 0,8-0,9 – дуже добра; 0,7-0,8 – добра; 0,6-0,7 – середня; 0,5-0,6 – незадовільна; менше 0,5 – відсутність статистично значущого результату. Оптимальні точки відсікання (optimal cut-off point) ROC-кривих – порогові прогностичні значення діагностичних тестів визначалися на підставі індексу Юдена (Youden index:  $J=Se+Sp-1$ ), який є максимальною відстанню по вертикалі між ROC-кривою та діагональною лінією [173, 174].

Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні  $<5\%$  ( $p < 0,05$ ). У випадках,  $0,05 < p < 0,1$ , стверджували про наявність статистичної тенденції.

## **Висновки до розділу 2**

Застосована програма дослідження, сучасний арсенал медико-соціальних методів та достатній обсяг емпіричних даних забезпечили отримання надійних і репрезентативних результатів. Це дозволило успішно реалізувати дослідницькі завдання на всіх етапах роботи та базою для наукового обґрунтування і побудови концептуальної моделі відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації.

**Підходи до вибору та обґрунтування методів дослідження опубліковані в наступних роботах автора:**

1. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. *Public Health Journal*. 2024; 1(5): 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13> [166].
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2024;3(77): 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14> [109].
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. *Intermedical journal*. 2025;(1):136–142. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-1-24> [175].

## РОЗДІЛ 3

### ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З БОЙОВИМ ДОСВІДОМ

#### **3.1 Просторово-часові характеристики осіб з бойовим досвідом як отримувачів реабілітаційних послуг**

В міжнародній статистичній звітності наявна інформація, яка дозволяє судити про загальні потреби населення у реабілітаційних послугах. Інститут показників і оцінки здоров'я Університету Вашингтону IHME на своїй платформі (<https://www.healthdata.org/>) надає інформацію щодо років, прожитих з інвалідністю/неповносправністю (years lived with disability – YLD), які дають змогу виявити основні джерела функціональних обмежень, оцінити їх динаміку та структурі і визначити пріоритети щодо оптимізації діяльності системи ОЗ [176–178].

Так, за даними ВООЗ, загальна поширеність захворювань, порушень та залишкових явищ, щодо яких можлива реабілітація у Європейському регіоні знизилась на 3,8 % у період з 2011 по 2021 рік та становила 35 409,5 (34 338,6 – 36 608,0) на 100 000 осіб, в Україні даний показник не зазнав значних змін та становив 38 421,8 (37 111,0 – 39 683,2) на 100 000 осіб у 2021 році (табл. 3.1). Показник в Україні перевищує середньоєвропейський рівень на 8,5 %, що свідчить про збільшене навантаження на систему охорони здоров'я України через необхідність забезпечення реабілітації при наявних проблемах функціонування пацієнтів, пов'язаних із захворюваннями, порушеннями та залишковими явищами.

Загальна кількість років, прожитих з інвалідністю у зв'язку із захворюваннями, порушеннями та залишковими явищами (YLDs), до яких застосовується реабілітація у Європейському регіоні у період з 2011 по 2021 рік значно не змінилась та становила 4 588,8 (3 521,6 – 5 873,6) років на 100 000 осіб, тоді як в Україні даний показник за цей період збільшився на 2,8 % та становив 4 945,4 (3 784,8 – 6 435,9) років на 100 000 осіб.

Таблиця 3.1

**Загальна поширеність захворювань, порушень та залишкових явищ, щодо яких можлива реабілітація та стандартизований за віком коефіцієнт YLDs (на 100 000 осіб та 95 % ДІ) в Україні та Європейському регіоні за 2011-2021 рр. (побудовано за даними [176–178])**

Роки	Україна		Європейський регіон	
	Поширеність на 100 тис.	YLDs на 100 тис.	Поширеність на 100 тис.	YLDs на 100 тис.
2011	38460,6 (37270,4 - 39649,9)	4809,3 (3696,5 - 6218,9)	36748,3 (35748,1 - 37822,2)	4543,2 (3497,8 - 5869,6)
2012	38254,9 (37052,8 - 39435,1)	4787,3 (3677,9 - 6171,2)	36399,0 (35392,1 - 37470,4)	4505,1 (3464,1 - 5816,3)
2013	38030,7 (36851,6 - 39201,2)	4762,7 (3653,8 - 6173,9)	36018,1 (35016,2 - 37086,6)	4465,2 (3432,6 - 5777,1)
2014	37937,0 (36755,3 - 39111,8)	4753,9 (3652,2 - 6164,6)	35679,6 (34677,2 - 36744,1)	4430,6 (3406,3 - 5729,7)
2015	37831,6 (36669,4 - 39009,7)	4735,5 (3622,6 - 6129,1)	35429,4 (34414,0 - 36493,3)	4404,0 (3385,9 - 5698,0)
2016	37806,9 (36637,2 - 39029,2)	4725,9 (3621,9 - 6120,9)	35249,5 (34240,1 - 36316,9)	4384,7 (3370,0 - 5659,9)
2017	37834,1 (36656,6 - 39068,3)	4720,2 (3630,4 - 6113,5)	35069,4 (34054,4 - 36142,8)	4365,4 (3355,9 - 5625,8)
2018	37871,0 (36715,0 - 39134,1)	4713,6 (3629,4 - 6094,1)	34919,5 (33917,2 - 35996,9)	4349,8 (3341,9 - 5597,3)
2019	37883,3 (36702,7 - 39156,9)	4709,4 (3631,3 - 6073,3)	34815,5 (33826,5 - 35894,9)	4338,2 (3329,7 - 5569,8)
2020	37899,0 (36761,0 - 39043,3)	4739,8 (3643,7 - 6109,9)	34958,7 (33963,1 - 35997,0)	4402,9 (3410,1 - 5663,2)
2021	38421,8 (37111,0 - 39683,2)	4945,4 (3784,8 - 6435,9)	35409,5 (34338,6 - 36608,0)	4588,8 (3521,6 - 5873,6)

Щодо осіб з бойовим досвідом, які потребують реабілітаційних послуг, то за даними Державної служби статистики України, кількість учасників бойових дій (УБД) у період з 2011 по 2019 рік вона поступово зменшувалась (-34,8 %) та

становила 121 274 осіб (табл. 3.2.). З 2020 року спостерігається збільшення даного показника (+13,4 %) до 137 545 осіб у 2023 році.

Таблиця 3.2

**Кількість ветеранів війни в Україні за 2011-2023 рр. за даними Держстату України (абсолютні показники та показники наочності у % до 2011 року)**

Роки	Учасники бойових дій		Особи з інвалідністю внаслідок війни		Учасники війни	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2011	185867	100,0	181442	100,0	1495034	100,0
2012	175924	94,7	167721	92,4	1322118	88,4
2013	164972	88,8	156302	86,1	1162218	77,7
2014	155155	83,5	146490	80,7	1009685	67,5
2015	130800	70,4	126536	69,7	788094	52,7
2016	130297	70,1	122121	67,3	685936	45,9
2017	128421	69,1	117897	65,0	565508	37,8
2018	128069	68,9	112597	62,1	466119	31,2
2019	121274	65,2	110609	61,0	374006	25,0
2020	126176	67,9	112596	62,1	299820	20,1
2021	135916	73,1	109202	60,2	236143	15,8
2022	137603	74,0	107084	59,0	177275	11,9
2023	137545	74,0	103491	57,0	135616	9,1

Упродовж 2011 - 2023 років чисельність осіб, які мають статус учасника війни в Україні зменшилася в 11 разів і на кінець 2023 р. становила 135 616 осіб. Кількість осіб з інвалідністю внаслідок війни за цей період часу скоротилася у 1,8 рази до 103 491 осіб. Можна припустити, що основним чинником такого зниження є природне вибуття ветеранів старших вікових груп, які брали участь у війнах та військових подіях протягом ХХ століття. Зменшення темпів убутку осіб з інвалідністю, пов'язаною з війною, можна пояснити появою нових категорій учасників військових дій, починаючи з 2014 року. На теперішній час кількість осіб, що відносяться до цієї категорії, ще не настільки велика, щоб це відбилося на статистичних показниках. Також потрібно зазначити, що на динаміку показників могла вплинути процедура статистичного обліку та її

недосконалість, зокрема не відповідність сучасним реаліям функціонування системи реабілітації.

Середньорічні темпи убутку за 2011 - 2023 роки спостерігалися у всіх категоріях осіб з бойовим досвідом: для учасників бойових дій убуток складав 2,5 % на рік, для учасників війни – 18,1 % на рік, для осіб з інвалідністю внаслідок війни – 4,6 % на рік. Це пов'язано зі зменшенням чисельності осіб, які брали участь у війнах, передусім у Другій світовій війні. Найменші темпи зниження спостерігаються серед учасників бойових дій, що пояснюється зростанням кількості цього контингенту з 2014 року, спричиненого збройною агресією росії проти України.

Середньорічний темп убутку чисельності УБД у 2011 - 2014 рр. в довоєнний період складав 5,8 % на рік; у 2014 - 2021 рр. спостерігалось уповільнення темпу скорочення цього контингенту (СТП=-1,9 % на рік), скоріше за все через мобілізацією в АТО. З 2021 року відбувся перехід з негативного до позитивного приросту (СТП=+0,6 % на рік), що може бути пов'язане із мобілізаційними процесами та збільшенням кількості учасників бойових дій внаслідок повномасштабного вторгнення.

У структурі розподілу осіб з інвалідністю внаслідок війни за групами інвалідності у період з 2011 по 2023 рік значно зменшилась частка осіб з I групою інвалідності, з 27,7 % до 5,0 %, зросла частка осіб з II групою інвалідності, з 49,8 % до 57,1 %, при стабільно високій частці III групи: відповідно 22,5 % та 37,9 % (табл. 3.3). Така зміна структури свідчить про зменшення питомої ваги осіб з високим ступенем функціональних втрат, що може бути пов'язане зі зміною нормативної бази визначення груп інвалідності або із порушення процедури її визначення тощо.

У будь-якому випадку підвищення чутливості системи охорони здоров'я повинно відбуватися з урахуванням потреб усіх споживачів реабілітаційних послуг із бойовим досвідом, в тому числі і тих, хто отримав інвалідність і тих, хто її не має.

Таблиця 3.3

**Розподіл осіб з інвалідністю внаслідок війни за групами інвалідності в Україні за 2011-2023 рр. за даними Держстату України (абсолютні та структурні показники у %)**

Роки	Усього осіб з інвалідністю внаслідок війни	За групами інвалідності					
		І групи		ІІ групи		ІІІ групи	
		Кількість осіб	Частка у %	Кількість осіб	Частка у %	Кількість осіб	Частка у %
2011	181442	50256	27,7	90444	49,8	40742	22,5
2012	167721	43845	26,1	82726	49,3	41150	24,5
2013	156302	38511	24,6	76412	48,9	41379	26,5
2014	146490	32748	22,4	71431	48,8	42311	28,9
2015	126536	24453	19,3	61521	48,6	40562	32,1
2016	122121	20083	16,4	59670	48,9	42368	34,7
2017	117897	16278	13,8	57534	48,8	44085	37,4
2018	112597	13086	11,6	55887	49,6	43624	38,7
2019	110609	10950	9,9	55721	50,4	43938	39,7
2020	112596	9357	8,3	58601	52,0	44638	39,6
2021	109202	7294	6,7	59354	54,4	42554	39,0
2022	107084	5998	5,6	59790	55,8	41296	38,6
2023	103491	5155	5,0	59087	57,1	39249	37,9

Щодо динаміки показників УБД, учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок війни в регіональному розрізі, то вона в більшості регіонів повторює динаміку по Україні (табл. 3.4 – табл. 3.6). Найбільші темпи приросту за 2013 - 2023 рр. кількості учасників бойових дій спостерігалися в Сумській (на 35,8 %), Вінницькій (на 17,4 %) та Чернігівській (на 15,2 %) областях; найбільші темпи убутку в Луганській та Донецькій областях (відповідно на 34,3 % та 35,0 %), що пояснюється частковою окупацією цих територій.

Позитивні середньорічні темпи приросту спостерігалися в Дніпропетровській (СТП=+1,2 %), Миколаївській (СТП=+1,2 %), Кіровоградській (СТП=+1,3 %), Чернігівська (СТП=+2,0 %), Вінницькій (СТП=+2,1 %), Сумській (СТП=+3,7 %) та інших областях.

Таблиця 3.4

## Кількість учасників бойових дій за регіонами України, 2013-2023 рр. (за даними Держстату України)

Адміністративні території	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Р Крим	7764	7362	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вінницька	4614	4412	4259	4314	4457	4480	4560	4740	5107	5313	5416
Волинська	3193	2982	2851	2846	2824	2839	2704	2748	2982	3058	3087
Дніпропетровська	11189	10579	10358	10249	10301	10538	10076	10588	11688	11937	12115
Донецька	10687	10050	6200	7280	6502	6417	5873	6431	7047	7244	7018
Житомирська	4739	4353	4058	4020	4106	4167	4027	4184	4418	4513	4528
Закарпатська	2847	2697	2553	2506	2484	2509	2471	2477	2497	2493	2445
Запорізька	7259	6859	6954	6783	6564	6418	5852	5872	6254	6203	6174
Івано-Франківська	4628	4313	4029	3865	3790	3694	3296	3235	3429	3399	3342
Київська	6500	6102	5894	5832	5827	5935	5539	5863	6439	6573	6548
Кіровоградська	3397	3160	2955	2981	2987	3072	2920	3128	3469	3580	3687
Луганська	5910	5639	2600	2932	2944	3044	2984	3424	3693	3837	3844
Львівська	9740	9219	8668	8525	8459	8385	7788	8013	8738	8869	8873
Миколаївська	3640	3436	3259	3187	3193	3293	3210	3409	3728	3877	3890
Одеська	15663	14988	14419	13902	13417	13074	12531	12377	12365	11779	11426
Полтавська	5907	5471	5257	5116	4942	4875	4566	4654	5055	5130	5172
Рівненська	3240	3057	2923	2910	2971	3011	2884	3031	3279	3366	3412
Сумська	3075	2928	2849	2881	2993	3108	3110	3412	3812	4056	4175
Тернопільська	3202	2998	2849	2781	2760	2686	2470	2609	2612	2592	2579
Харківська	9004	8272	8212	8336	8003	7950	6949	7325	8165	8279	8389
Херсонська	4001	3762	3588	3470	3401	2999	3073	3311	3317	3292	3171
Хмельницька	6351	5943	5643	5517	5494	5494	5300	5412	5740	5728	5624
Черкаська	5072	4655	4382	4265	4222	4243	3873	4044	4520	4615	4641
Чернівецька	1693	1587	1517	1486	1485	1515	1474	1514	1652	1673	1708
Чернігівська	3302	3049	2921	2929	2982	2959	2924	3131	3576	3735	3803
м. Київ	12746	11980	11602	11384	11313	11364	10820	11244	12334	12462	12478
<b>Україна</b>	<b>164972</b>	<b>155155</b>	<b>130800</b>	<b>130297</b>	<b>128421</b>	<b>128069</b>	<b>121274</b>	<b>126176</b>	<b>135916</b>	<b>137603</b>	<b>137545</b>

Таблиця 3.5

## Кількість осіб з інвалідністю внаслідок війни за регіонами України, 2013-2023 рр.

Адміністративні території	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Р Крим	6791	6259	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вінницька	6573	5927	5335	4829	4538	4277	4191	4073	3946	3800	3707
Волинська	2788	2589	2432	2407	2523	2567	2606	2733	2668	2648	2599
Дніпропетровська	8833	7987	7753	7229	6896	6494	5913	5912	5411	5197	4955
Донецька	13780	12813	7664	8172	6940	6356	5421	5570	5180	5050	4660
Житомирська	5147	5034	4868	4744	4826	4762	5038	5436	5520	5731	5702
Закарпатська	1858	1821	1829	1812	1860	1823	1876	1868	1817	1799	1755
Запорізька	4203	3734	3941	3689	3497	3277	3140	3071	2853	2688	2471
Івано-Франківська	2274	2192	2118	2117	2184	2231	2342	2423	2401	2386	2380
Київська	11265	10958	10829	10617	10844	10960	10725	11258	11226	11189	10915
Кіровоградська	3461	3201	3017	2825	2773	2714	2652	2626	2454	2340	2241
Луганська	8696	8114	3903	4040	3659	3499	3157	3247	3119	2924	2766
Львівська	5815	5579	5328	5120	5137	5070	4999	5242	5217	5154	5110
Миколаївська	2532	2280	2051	1838	1746	1597	1522	1441	1362	1291	1230
Одеська	8293	7780	7473	6968	6618	6298	6149	6162	6010	5950	5757
Полтавська	7021	6688	6545	6318	6173	6076	5839	6141	6104	6071	5941
Рівненська	2443	2323	2216	2073	2020	1981	1898	1934	1870	1820	1782
Сумська	4572	4077	3763	3475	3197	3009	2836	2903	2734	2609	2513
Тернопільська	1926	1812	1755	1717	1774	1806	2011	2043	1962	1894	1862
Харківська	11635	11060	11389	11243	10629	10173	9422	9355	8824	8539	7953
Херсонська	2349	2101	1944	1745	1601	1483	1400	1354	1242	1138	985
Хмельницька	5663	5334	5037	4767	4628	4480	4357	4558	4409	4401	4310
Черкаська	6151	5932	5875	5792	5786	5783	5911	5960	5840	5858	5845
Чернівецька	2137	1903	1779	1674	1649	1471	1635	1691	1691	1683	1673
Чернігівська	7720	7161	6749	6401	6113	4283	5643	5564	5391	5267	5176
м. Київ	11464	11018	10943	10509	10286	10127	9926	10031	9951	9657	9203
<b>Україна</b>	<b>156302</b>	<b>146490</b>	<b>126536</b>	<b>122121</b>	<b>117897</b>	<b>112597</b>	<b>110609</b>	<b>112596</b>	<b>109202</b>	<b>107084</b>	<b>103491</b>

Таблиця 3.6

## Кількість учасників війни за регіонами України, 2013-2023 рр. (за даними Держстату України)

Адміністративні території	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Р Крим	39042	34162	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вінницька	53676	46046	38810	32518	26958	22312	17960	13681	10420	7582	5495
Волинська	33734	29682	25825	22258	19024	15843	13112	10845	8732	6740	5381
Дніпропетровська	88001	76632	66728	56069	46790	38589	31180	25067	19580	14405	10864
Донецька	95883	82714	43083	48454	32173	25573	18231	15408	12281	9405	6876
Житомирська	38419	33034	27915	23323	19414	15713	12453	9862	7524	5392	3902
Закарпатська	2763	2408	2097	1778	1457	1219	1030	838	675	537	432
Запорізька	45713	39654	35991	31053	26020	21054	16205	12675	9838	7047	5505
Івано-Франківська	42421	37320	32511	27788	23781	20005	16715	13489	10719	8295	6442
Київська	43748	37557	31961	26709	22097	18063	14348	11418	8653	6266	4570
Кіровоградська	25823	22042	18522	15385	12468	9939	8117	6184	4608	3287	2408
Луганська	53811	46421	18276	19420	14519	11206	8018	6469	5248	3911	3565
Львівська	87386	78298	69437	60664	52993	45791	39577	33044	27608	22267	18351
Миколаївська	27250	23776	20778	17544	14778	12287	10216	8117	6496	4952	3744
Одеська	34339	29696	25463	21277	17703	14360	11467	9201	7256	5331	4030
Полтавська	43614	37486	31687	26268	21421	17103	13748	10549	8057	5777	4191
Рівненська	29246	25563	22034	18782	15881	13225	10747	8796	6909	5308	4139
Сумська	39823	34251	29064	24489	20292	16768	13359	10713	8266	6091	4483
Тернопільська	49019	43755	38623	33577	29203	24976	21121	17638	14795	11981	9778
Харківська	63090	54376	48372	43105	35691	29339	21486	16668	12751	9054	6344
Херсонська	21998	19016	16383	13735	11449	9564	7795	6162	4914	3681	2931
Хмельницька	51703	44735	38452	32514	27304	22584	18280	14721	11395	8324	6245
Черкаська	35317	30042	25300	20962	17083	13708	10663	8245	6191	4442	3193
Чернівецька	23498	20469	17538	14838	12476	10258	8229	6608	5108	3682	2728
Чернігівська	46310	39932	33923	28297	23496	19002	15377	11842	8969	6717	4847
м. Київ	37724	32755	29321	25129	21037	17638	14572	11580	9150	6801	5172
<b>Україна</b>	<b>1162218</b>	<b>1009685</b>	<b>788094</b>	<b>685936</b>	<b>565508</b>	<b>466119</b>	<b>374006</b>	<b>299820</b>	<b>236143</b>	<b>177275</b>	<b>135616</b>

Чисельність учасників війни за 10-річний період аналізу різко знижується в усіх регіонах, найбільшою мірою у східних та центральних областях. Кількість осіб з інвалідністю внаслідок війни скорочувалася меншими темпами, а в деяких регіонах у певні роки відмічався і їх приріст. Зокрема, у Житомирській області кількість осіб з інвалідністю внаслідок війни з 2013 по 2023 роки зросла на 10,8 % (СТП=+1,04 %).

За даними облради в Дніпропетровській області на початок 2021 р. реєструвалося 2 311 осіб, які брали участь в антитерористичній операції на Сході України та отримали поранення (контузії, каліцтва, захворювання), що в подальшому призвело до інвалідності (1284 осіб – 55,6 %) або втрати працездатності (1027 осіб – 44,4 %). У структурі причин інвалідності осіб, які брали участь у бойових діях та отримали поранення, що призвели до стійкої втрати працездатності, домінували травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (50,2 %), далі у порядку убутання розташувалися такі класи захворювань: хвороби системи кровообігу (13,9 %), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10,3 %), хвороби органів травлення (5,1 %), новоутворення (4,2 %), розлади психіки та поведінки (3,6 %), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,6 %), хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (3,0 %), хвороби нервової системи (2,7 %) та інші. У структурі за групами інвалідності превалювала І група (76,4 %).

Кількість учасників бойових дій у Дніпропетровській області протягом 2013 - 2023 років збільшилась на 8,3 % та становила 12 115 осіб (рис. 3.1).

У період 2013 - 2018 рр. спостерігалось поступове зниження чисельності УБД (від 11 189 до 10 076 осіб), середньорічний темп убутку у цей період становив 2,1 %. Із 2019 року починається етап зростання, який особливо прискорився після початку повномасштабної війни у 2022 році: чисельність УБД зросла на 16,0 % з 2019 по 2021 рік, середньорічний темп приросту у період 2019 - 2023 рр. становив +4,7 %.

На основі графіка, що відображає кількість учасників бойових дій у Дніпропетровській області за 2013 - 2023 рр. (рис. 3.1), встановлено наявність

нелінійної поліноміальної залежності другого порядку ( $R^2=0,879$ ). Згідно з прогнозними розрахунками за даною моделлю, при інших незмінних зовнішніх умовах, можна очікувати подальше зростання чисельності учасників бойових дій у Дніпропетровській області до 13 144 осіб у 2025, до 14 016 осіб у 2026.



Рис. 3.1 Кількість учасників бойових дій у Дніпропетровській області за 2013-2023 рр. (побудовано за даними Держстату України)

Загалом отримана U-подібна крива, на якій мінімум припадає на період 2018 - 2019 років, ілюструє хвилі зміни контингенту УБД в області: від раннього етапу АТО до формування нової хвилі осіб із бойовим досвідом, що зумовлює потребу в адаптації системи ОЗ до відгуку на запити цього контингенту стосовно реабілітаційних послуг.

Використовуючи інформацію про чисельність наявного населення по регіонах за даними Держстату у 2021 році, нами було розраховані відносні показники, що характеризують потенційні потреби в реабілітаційних послугах серед осіб з бойовим досвідом (табл. 3.7; рис. 3.2 – 3.4).

Таблиця 3.7

**Характеристика осіб з бойовим досвідом, які потенційно потребують реабілітаційних послуг, за регіонами України у 2021 році (на 10 000 населення)**

Адміністративні території	УБД (на 10 тисяч населення)	Учасники війни (на 10 тисяч населення)	Інваліди війни (на 10 тисяч населення)
Вінницька	33,40	68,14	25,81
Волинська	29,02	84,99	25,97
Дніпропетровська	37,20	62,32	17,22
Донецька	17,19	29,95	12,63
Житомирська	36,96	62,94	46,17
Закарпатська	19,97	5,40	14,53
Запорізька	37,53	59,03	17,12
Івано-Франківська	25,19	78,75	17,64
Київська	36,00	48,38	62,77
Кіровоградська	38,39	50,99	27,16
Луганська	17,74	25,22	14,99
Львівська	35,06	110,76	20,93
Миколаївська	34,26	59,69	12,51
Одеська	51,97	30,50	25,26
Полтавська	37,22	59,33	44,95
Рівненська	28,51	60,06	16,26
Сумська	36,93	80,07	26,48
Тернопільська	25,06	141,97	18,83
Харківська	30,80	48,11	33,29
Херсонська	33,10	49,03	12,39
Хмельницька	45,50	90,32	34,95
Черкаська	38,07	52,14	49,19
Чернівецька	18,32	56,65	18,75
Чернігівська	36,61	91,83	55,20
м. Київ	41,57	30,84	33,53

На основі розрахованих відносних показників та їх візуалізації (рис. 3.2) можна стверджувати, що найвища кількість учасників бойових дій на 10 тисяч населення у 2021 році спостерігалася в Одеській (51,97 ‰), Хмельницькій

(45,5 ‰) областях та м. Київ (41,57 ‰), що відображає концентрацію нових контингентів УБД в урбанізованих областях з великими адміністративними центрами та з активною процедурою мобілізацією. Протилежна ситуація спостерігається у Луганській (17,74 ‰) та Донецькій (17,19 ‰) областях, імовірно внаслідок тимчасової окупації, втрати облікових даних та/або евакуації населення.

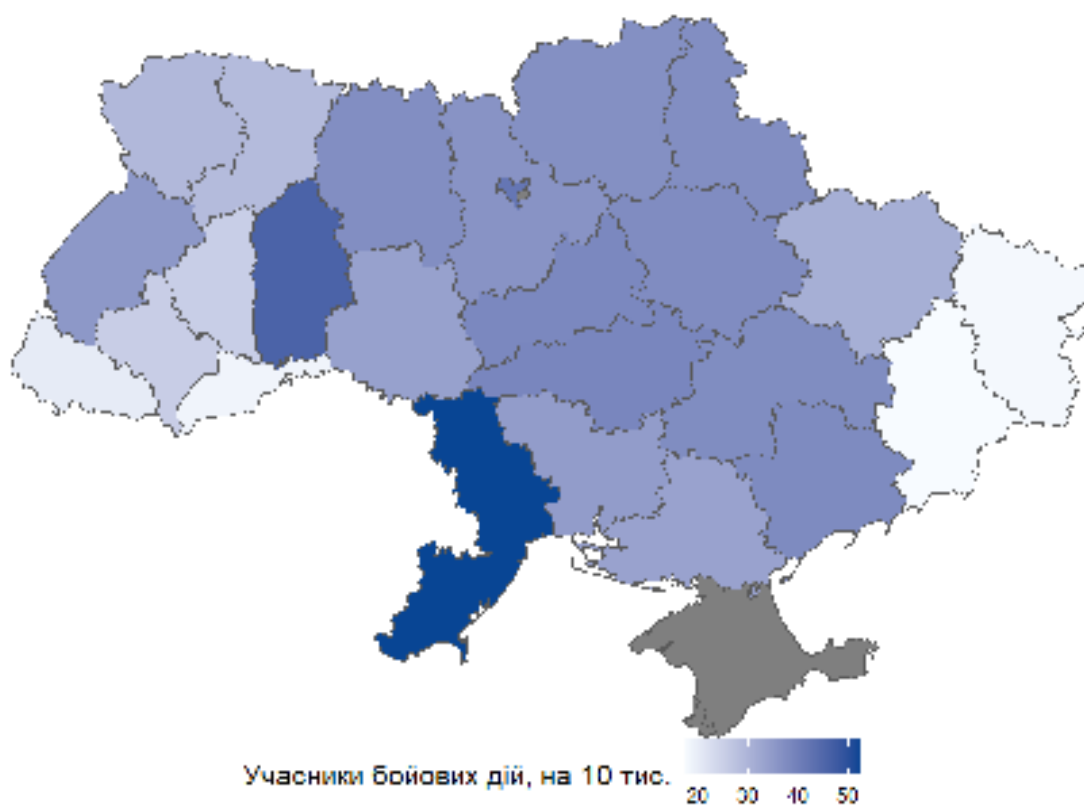


Рис. 3.2 Учасники бойових дій на 10 тисяч населення у 2021 році за областями України (розраховано за даними Держстату України)

У 2021 році показник чисельності учасників бойових дій у Дніпропетровській області становив 37,2 на 10 тисяч населення, що перевищувало середньоукраїнський рівень на 13,2 %, і свідчить про суттєву залученість населення регіону до воєнних дій. Це обумовлює потребу у підвищеній увазі відгуку системи ОЗ на запити даної категорії в Дніпропетровському регіоні.

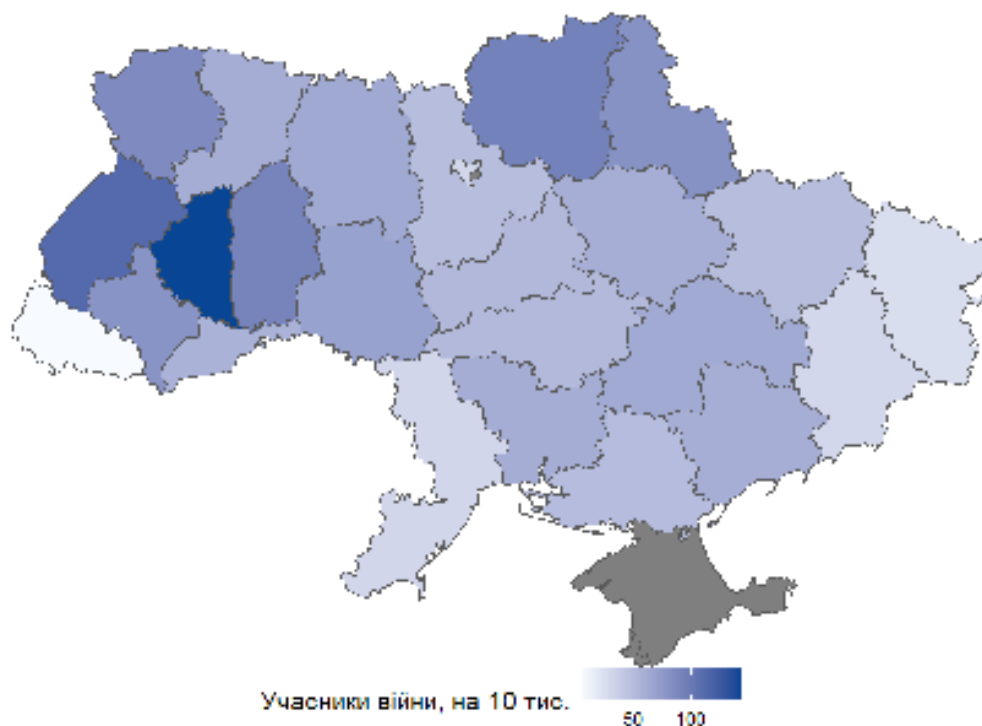


Рис. 3.3 Учасники війни на 10 тисяч населення у 2021 році за областями України (розраховано за даними Держстату України)

У співвідношенні учасників війни на 10 тисяч населення лідируючі позиції займають Тернопільська (141,97 ‰), Львівська (110,76 ‰) та Хмельницька (90,32 ‰), області, що свідчить про наявність в них високої кількості осіб старших вікових груп, які мають статус учасника війни.

Інтенсивний показник кількості учасників війни у Дніпропетровському регіоні (62,32 на 10 тисяч населення) є співставним із середнім значенням по країні, що свідчить про збереження серед регіонального контингенту ветеранів представників старших поколінь. Водночас чисельність осіб з інвалідністю внаслідок війни у Дніпропетровській області (17,22 ‰) є нижчою за середньоукраїнські значення, що може бути пов'язано, як із затримкою у встановленні відповідного статусу, так і з особливостями вікової структури УБД.

Найвищі значення показника інвалідності внаслідок війни на 10 тисяч населення, то зареєстровані у Київській (62,77 ‰), Чернігівській (55,20 ‰),

Житомирській (46,17 ‰) та Полтавській (44,95 ‰) областях, що узгоджується з їх активною участю у мобілізаційних процесах та військових діях.

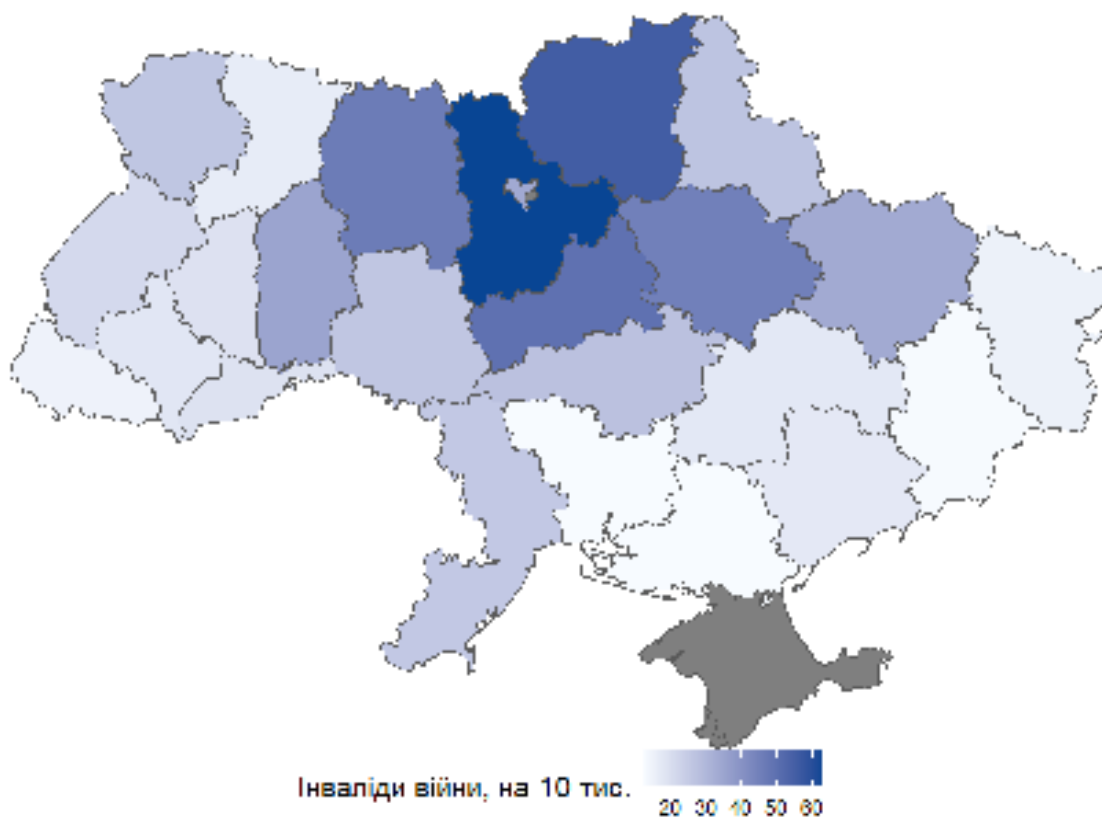


Рис. 3.4 Інваліди війни на 10 тисяч населення у 2021 році за областями України Інваліди війни на 10 тисяч населення у 2021 році за областями України (розраховано за даними Держстату України)

### **3.2 Кадрове забезпечення та обсяги послуг реабілітаційного профілю в Україні та Дніпропетровському регіоні**

У період 2020 - 2022 років в системі охорони здоров'я України, підпорядкованій МОЗ, спостерігалось поступове зменшення чисельності фізіотерапевтів та лікарів з лікувальної фізкультури (ЛФК) і спортивної медицини (табл. 3.8 – 3.10). Зокрема, кількість фізіотерапевтів скоротилася на 25,5 % із 831 осіб у 2020 році до 619 у 2022 році, а забезпеченість ними населення на 25 % і склала в 2022 році 0,15 на 10 тисяч населення.

Таблиця 3.8

**Чисельність та забезпеченість населення фізіотерапевтами та лікарями з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, дані про їх атестацію, у системі МОЗ України за 2020-2022 рр.**

Роки	Найменування спеціальності	абсолютні дані	на 10 000 населення	з них мають кваліфікаційну категорію	у тому числі			% атестованих лікарів до загального числа лікарів
					вищу	I	II	
2020	фізіотерапевти	831	0,20	686	526	99	61	82,6
	з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	395	0,10	259	178	48	33	65,6
2021	фізіотерапевти	731	0,18	607	474	83	50	83,0
	з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	359	0,09	227	161	39	27	63,2
2022	фізіотерапевти	619	0,15	517	398	69	50	83,5
	з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	301	0,07	200	141	35	24	66,4

Таблиця 3.9

**Чисельність та забезпеченість населення фізіотерапевтами та дані про їх атестацію, у системі МОЗ по областях України за 2022 рік**

Адміністративні території	абсолютні дані	на 10 000 населення	з них мають кваліфікаційну категорію	у тому числі			% атестованих лікарів до загального числа лікарів
				вищу	I	II	
АР Крим	0	0,00	0	0	0	0	0,0
Вінницька	27	0,18	22	18	3	1	81,5
Волинська	13	0,13	12	11	0	1	92,3
Дніпропетровська	53	0,17	44	38	4	2	83,0
Донецька	24	0,13	14	9	2	3	58,3
Житомирська	21	0,18	20	17	3	0	95,2
Закарпатська	22	0,18	20	17	2	1	90,9
Запорізька	14	0,09	14	12	0	2	100,0
Івано-Франківська	39	0,29	32	16	8	8	82,1
Київська	16	0,09	15	10	4	1	93,8
Кіровоградська	17	0,19	17	14	2	1	100,0
Луганська	8	0,12	6	4	1	1	75,0
Львівська	40	0,16	28	25	1	2	70,0
Миколаївська	11	0,10	10	7	3	0	90,9
Одеська	34	0,15	30	24	3	3	88,2
Полтавська	25	0,19	24	21	3	0	96,0
Рівненська	16	0,14	15	14	1	0	93,8
Сумська	18	0,17	16	11	2	3	88,9
Тернопільська	28	0,27	22	19	1	2	78,6
Харківська	51	0,20	46	36	5	5	90,2
Херсонська	11	0,11	8	6	2	0	72,7
Хмельницька	20	0,16	17	8	7	2	85,0
Черкаська	18	0,16	15	10	1	4	83,3
Чернівецька	18	0,20	14	12	0	2	77,8
Чернігівська	19	0,20	15	7	6	2	78,9
м. Київ	56	0,19	41	32	5	4	73,2
<b>Україна</b>	<b>619</b>	<b>0,15</b>	<b>517</b>	<b>398</b>	<b>69</b>	<b>50</b>	<b>83,5</b>

Таблиця 3.10

**Чисельність та забезпеченість населення лікарями з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, дані про їх атестацію, у системі МОЗ по областях України за 2022 рік**

Адміністративні території	абсолютні дані	на 10 000 населення	з них мають кваліфікаційну категорію	у тому числі			% атестованих лікарів до загального числа лікарів
				вищу	I	II	
АР Крим	0	0,00	0	0	0	0	0,0
Вінницька	16	0,11	9	6	1	2	56,3
Волинська	6	0,06	5	4	1	0	83,3
Дніпропетровська	38	0,12	24	16	5	3	63,2
Донецька	5	0,03	1	1	0	0	20,0
Житомирська	8	0,07	6	2	0	4	75,0
Закарпатська	9	0,07	6	4	1	1	66,7
Запорізька	3	0,02	3	2	0	1	100,0
Івано-Франківська	12	0,09	9	5	2	2	75,0
Київська	8	0,04	2	2	0	0	25,0
Кіровоградська	7	0,08	7	6	0	1	100,0
Луганська	2	0,03	2	2	0	0	100,0
Львівська	12	0,05	9	8	0	1	75,0
Миколаївська	9	0,08	7	4	3	0	77,8
Одеська	34	0,15	22	20	0	2	64,7
Полтавська	23	0,17	14	9	4	1	60,9
Рівненська	8	0,07	6	5	1	0	75,0
Сумська	4	0,04	3	1	1	1	75,0
Тернопільська	7	0,07	7	7	0	0	100,0
Харківська	25	0,10	18	10	7	1	72,0
Херсонська	2	0,02	1	0	1	0	50,0
Хмельницька	1	0,01	0	0	0	0	0,0
Черкаська	4	0,03	3	2	1	0	75,0
Чернівецька	9	0,10	9	8	0	1	100,0
Чернігівська	4	0,04	2	1	0	1	50,0
м. Київ	45	0,15	25	16	7	2	55,6
<b>Україна</b>	<b>301</b>	<b>0,07</b>	<b>200</b>	<b>141</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>66,4</b>

Чисельність лікарів з лікувальної фізкультури та спортивної медицини зменшилась на 23,8 % із 395 до 301 осіб, а показник забезпеченості ними скоротився на 30,0 %.

Спостерігається стабільний рівень атестації фізіотерапевтів, оскільки частка атестованих фахівців незначно коливалась у межах 82,6 – 83,5 %. Найвищий показник спостерігався у 2022 році, коли 517 із 619 фізіотерапевтів (83,5 %) мали кваліфікаційну категорію, 64,4 % з них – вищу. Для лікарів з лікувальної фізкультури та спортивної медицини рівень атестації був трохи нижчим і мав незначну позитивну динаміку збільшення з 65,6 % у 2020 році до 66,4 % у 2022 році. Треба відзначити, що питома вага вищої категорії залишалась достатньо низькою.

У регіональному розрізі спостерігалася значна варіативність показників кадрового забезпечення. Найвища забезпеченість фізіотерапевтами у 2022 році спостерігалася в Івано-Франківській області – 0,29 на 10 тисяч населення; найнижча – у Запорізькій, Київській та Донецькій областях (0,09 – 0,13 ‰). У Києві, попри найбільшу абсолютну кількість лікарів, забезпеченість залишалась на середньоукраїнському рівні. Частка атестованих фізіотерапевтів перевищувала 90 % у ряді областей (Житомирська – 95,2 %; Полтавська – 96,0 %), тоді як у Донецькій області вона становила лише 58,3 %.

Аналіз по лікарям з лікувальної фізкультури та спортивної медицини також виявив територіальні диспропорції. Найвища забезпеченість у 2022 році спостерігалась у Полтавській області (0,17 на 10 тисяч населення), тоді як у більшості регіонів вона не перевищувала 0,10 ‰. В окремих областях (Хмельницька, Херсонська, Черкаська області) абсолютні значення показників були критично низькими – не більше 4 осіб. Атестація лікарів цієї спеціальності була нижчою, ніж у фізіотерапевтів: середній показник по Україні складав 66,4 %, а в деяких регіонах був нижче 30 % (Київська та Донецька області).

У динаміці кадрового забезпечення фахівцями з фізичної терапії та лікувальної фізкультури протягом 2020 - 2022 років простежується зміна тренду. До 2021 року відзначалася помірна негативна динаміка з частковим збереженням

кадрового потенціалу, тоді як після 2021 року спостерігається прискорене зменшення кількості фахівців реабілітаційного профілю. Це збігається з трансформацією системи реабілітації в Україні та запровадженням її нової моделі на підставі оновлення нормативно-правової бази. Так, у 2021 році було прийнято низку ключових нормативних документів, які започаткували реформу реабілітації відповідно до біо-психо-соціальної моделі та МКФ. Серед провідних документів, Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який визначив сучасні підходи до організації реабілітації, вимоги до мультидисциплінарної командної роботи, нові спеціальності, зокрема, фізичного терапевта, ерготерапевта та інших.

У 2021 році з переорієнтацією системи підготовки медичних кадрів у напрямі нових спеціалізацій, відбулося помірне скорочення фахівців застарілого формату, зокрема фізіотерапевтів і лікарів з лікувальної фізкультури та спортивної медицини. Це також обумовило відносну стабільну ситуацію або навіть незначне зростання частки атестованих фахівців, оскільки у системі З залишались більш досвідчені та кваліфіковані медичні кадри, тоді як молоді спеціалісти проходили перепідготовку.

Починаючи з 2022 року, коли були запроваджені нові механізми фінансування реабілітації через оплату за відповідні пакети НСЗУ, суттєво прискорились темпи зниження чисельності традиційних спеціалістів. Зокрема, кількість фізіотерапевтів зменшилася на 15,3 % за рік, лікарів з лікувальної фізкультури на 16,2 %.

Подібна ситуація і щодо забезпеченості населення фізіотерапевтами та лікарями з лікувальної фізкультури і спортивної медицини спостерігалася і у Дніпропетровському регіоні (табл. 3.11, табл. 3.12).

Забезпеченість фізіотерапевтами у Дніпропетровській області зменшилася на 66,7 % з 2020 по 2024 рік, лікарями з ЛФК та спортивної медицини на 31,3 %. При цьому частка лікарів, які мають кваліфікаційні категорії, залишалася стабільно високою у фізіотерапевтів: 82,6 % у 2024 році, тоді як рівень атестованості лікарів ЛФК знизився з 67,3 % до 27,3 %.

Таблиця 3.11

**Чисельність та забезпеченість населення фізіотерапевтами, дані про їх атестацію у Дніпропетровській області за 2020-2024 рр.**

Роки	абсолютні дані	на 10 тис. населення	із них мають кваліфікаційну категорію	Мають категорію (% від атестованих)			% атестованих лікарів	% атестованих лікарів (від тих що підлягали)
				вищу	I	II		
2020	67	0,21	59	81,4	16,9	1,7	88,1	98,3
2021	63	0,20	54	87,0	9,3	3,7	85,7	96,4
2022	53	0,17	44	86,4	9,1	4,5	83,0	95,7
2023	31	0,10	26	88,5	11,5	0,0	83,9	96,3
2024	23	0,07	19	89,5	10,5	0,0	82,6	95,0

Таблиця 3.12

**Чисельність та забезпеченість населення лікарями з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, дані про їх атестацію у Дніпропетровській області за 2020-2024 рр.**

Роки	абсолютні дані	на 10 тис. населення	із них мають кваліфікаційну категорію	Мають категорію (% від атестованих)			% атестованих лікарів	% атестованих лікарів (від тих що підлягали)
				вищу	I	II		
2020	52	0,16	35	62,9	20,0	17,1	67,3	77,8
2021	48	0,15	33	63,6	18,2	18,2	68,8	78,6
2022	38	0,12	24	66,7	20,8	12,5	63,2	66,7
2023	38	0,12	18	77,8	16,7	5,6	47,4	50,0
2024	33	0,11	9	66,7	0,0	33,3	27,3	28,1

При аналізі обсягу фізіотерапевтичних процедур (табл. 3.13 – 3.15) простежується тенденція до зниження, з 2020 по 2022 рік їх загальний обсяг скоротився на 35,5 %. Це може бути пояснено перебудовою системи реабілітації, пандемією COVID-19, що відбувалися у цей період. Також має місце застаріла система статистичного обліку та звітності, яка не кореспондується з оновленою структурою реабілітаційних послуг.

Середній показник кількості процедур на одного пацієнта, що завершив лікування, залишився стабільним і коливався у діапазоні 12,8 - 13,0 на одну особу. Це свідчить про збереження інтенсивності лікування. Показник кількості процедур на 100 амбулаторних відвідувань у період 2020 – 2022 років знизився на 23,3 %, на одного стаціонарного пацієнта – на 32,4 %.

У кабінетах лікувальної фізкультури також простежується незначне зниження абсолютної кількості процедур, однак середній показник зріс на 8,5 % з 10,6 до 11,5 на одного пацієнта, кількість процедур на 100 амбулаторних відвідувань зросла на 25,0 % з 2,4 до 3,0 на одного пацієнта, кількість процедур з рефлексотерапії на 12,6 % з 9,5 до 10,7 на одного пацієнта.

Отже, попри зменшення абсолютних обсягів реабілітаційних послуг, середні показники на одного пацієнта залишаються стабільними або зростають, що підтверджує тенденцію цільового надання реабілітаційної допомоги певним категоріям пацієнтів, що їх потребують.

У цей період в Дніпропетровській області також спостерігались коливання обсягів ЛФК, рефлексотерапії і фізіотерапевтичних процедур. Аналіз роботи у фізіотерапевтичних відділеннях (кабінетах) показав, що з 2020 по 2022 рік на 24,2 % збільшилася і склала 15,4 кількість проведених фізіотерапевтичних процедур на 1 особу, яка завершила лікування. Цей показник перевищував відповідний по Україні на 18,5 % (рис. 3.5). При цьому кількість проведених фізіотерапевтичних процедур 1 стаціонарного хворого зменшилася на 32,5 % до 2,7 у 2022 році, однак перевищувала загальноукраїнський рівень на 8,0 %. Подібна тенденція і у показника проведених фізіотерапевтичних на 100 відвідувань поліклініки.

Таблиця 3.13

**Діяльність фізіотерапевтичного відділення (кабінету), кількість проведених фізіотерапевтичних процедур, у системі МОЗ по областях України за 2020-2022 рр.**

Адміністративні території	2020				2021				2022			
	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого
АР Крим	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Вінницька	1 821 131	14,0	14,0	4,1	1 565 014	15,9	10,8	3,3	1 644 976	16,0	11,2	3,2
Волинська	1 653 305	14,3	18,1	5,1	1 249 985	15,0	11,6	3,6	1 270 358	13,8	13,0	3,2
Дніпропетровська	4 554 030	12,4	16,1	4,0	3 700 532	13,8	12,5	3,1	3 517 948	15,4	13,3	2,7
Донецька	2 833 397	12,4	23,6	3,4	2 528 351	13,1	19,9	3,1	1 059 928	13,5	18,6	4,6
Житомирська	2 002 194	11,0	15,9	5,2	1 669 767	10,0	15,0	2,8	1 557 803	10,5	14,9	2,8
Закарпатська	1 477 855	13,1	14,7	4,1	1 073 173	12,5	11,3	2,4	989 305	12,7	10,0	2,2
Запорізька	2 144 170	11,8	13,2	3,7	1 831 026	12,7	11,7	2,9	1 131 235	12,2	14,6	3,5
Івано-Франківська	1 948 693	13,2	16,8	4,2	1 668 977	14,2	14,5	2,7	1 750 496	13,9	14,2	2,7
Київська	1 706 539	10,7	13,0	2,7	1 238 932	9,0	8,9	1,9	1 033 939	11,4	9,4	1,7
Кіровоградська	2 341 891	12,8	30,2	6,6	2 043 184	13,5	23,8	5,6	1 919 542	15,3	25,8	4,6
Луганська	743 553	12,8	11,6	3,4	719 978	13,1	13,3	2,3	134 247	4,0	5,0	4,5
Львівська	2 912 012	11,3	14,8	2,6	2 647 036	13,3	11,7	2,6	1 944 928	11,2	9,3	1,5
Миколаївська	701 296	12,1	5,4	2,1	450 237	11,3	3,5	1,6	339 800	7,2	3,8	1,3
Одеська	1 742 366	10,8	10,5	1,9	1 499 593	8,4	9,0	1,5	1 550 027	13,1	7,8	2,3
Полтавська	1 504 676	12,6	9,4	3,4	1 340 974	13,3	8,0	2,8	1 435 674	14,9	8,7	2,8
Рівненська	1 294 082	11,0	11,9	3,4	1 128 922	11,0	9,7	2,5	860 140	9,8	7,5	1,9
Сумська	1 573 977	13,5	17,6	4,2	1 197 018	14,1	13,0	2,6	1 134 717	12,9	13,4	2,7
Тернопільська	1 637 984	12,5	17,2	4,5	1 531 287	14,1	13,3	4,3	1 470 643	14,6	13,3	3,6
Харківська	3 644 222	13,6	15,0	3,7	3 033 488	13,7	11,6	2,8	1 754 368	14,9	10,0	2,8
Херсонська	1 373 034	12,8	14,9	3,6	1 147 942	12,7	15,1	2,4	268 249	10,8	9,4	1,6
Хмельницька	1 502 192	10,7	14,4	2,9	1 260 783	10,2	11,0	2,2	1 269 727	10,6	11,2	2,0
Черкаська	1 711 837	12,9	18,0	3,8	1 278 868	12,9	13,0	2,4	1 234 438	13,6	13,2	2,0
Чернівецька	1 929 069	11,9	23,6	5,4	1 540 037	11,1	20,0	3,3	1 549 286	11,1	20,0	2,8
Чернігівська	2 191 132	14,7	24,5	5,3	1 576 440	13,6	18,0	3,6	1 085 087	13,0	14,6	3,0
м.Київ	5 219 532	17,4	26,1	2,7	3 179 924	15,6	16,4	0,9	2 809 100	14,9	19,8	0,9
<b>Україна</b>	<b>52 164 169</b>	<b>12,8</b>	<b>16,3</b>	<b>3,7</b>	<b>42 101 468</b>	<b>12,7</b>	<b>12,8</b>	<b>2,7</b>	<b>34 715 961</b>	<b>13,0</b>	<b>12,5</b>	<b>2,5</b>

Таблиця 3.14

## Діяльність кабінету ЛФК, кількість проведених процедур, у системі МОЗ по областях України за 2020-2022 рр.

Адміністративні території	2020				2021				2022			
	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого	Абс. дані	На 1 особу, яка закінчила лікування	На 100 відвід. в полікл., вкл. хворих удома	На 1 стац. хворого
АР Крим	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Вінницька	292 175	8,5	1,4	0,9	366 351	9,0	1,5	1,1	344 169	9,4	1,3	0,9
Волинська	242 467	9,1	1,2	1,2	229 050	10,3	1,7	0,8	289 316	11,8	2,9	0,7
Дніпропетровська	913 198	9,3	1,7	1,3	1 027 493	10,3	1,7	1,4	1 121 172	10,7	2,6	1,3
Донецька	287 342	9,0	2,0	0,5	323 677	9,5	2,3	0,5	167 906	9,9	3,0	0,7
Житомирська	322 291	8,5	1,6	1,2	246 614	8,1	1,5	0,7	284 911	9,0	1,6	0,8
Закарпатська	208 520	9,8	1,7	0,7	156 813	10,7	1,3	0,5	186 160	12,2	2,3	0,3
Запорізька	184 043	10,7	0,6	0,5	200 558	9,8	0,5	0,6	271 939	16,2	1,8	1,4
Івано-Франківська	247 602	11,9	1,3	0,8	252 843	12,0	1,7	0,6	461 953	8,4	3,7	0,7
Київська	524 010	9,7	2,6	1,4	379 974	9,9	1,8	0,9	282 783	9,3	1,6	0,8
Кіровоградська	341 308	9,9	3,7	1,2	364 829	9,5	3,9	1,1	487 446	11,6	5,6	1,4
Луганська	78 498	10,4	0,4	0,7	61 353	8,7	0,7	0,4	8 031	5,6	0,3	0,3
Львівська	538 035	10,9	1,6	0,9	529 327	10,5	1,6	0,8	546 054	9,3	2,2	0,6
Миколаївська	141 401	9,3	1,1	0,4	155 889	9,5	1,7	0,4	124 462	10,0	1,3	0,5
Одеська	452 775	11,6	3,0	0,4	505 310	11,4	3,3	0,4	377 854	11,6	2,8	0,3
Полтавська	762 089	8,1	4,0	2,1	735 405	8,8	3,2	2,1	613 750	9,0	2,9	1,5
Рівненська	260 511	10,1	1,4	1,1	218 653	9,1	0,9	0,9	339 134	12,4	1,3	1,3
Сумська	524 380	11,5	4,4	1,9	488 099	13,6	4,7	1,2	489 683	14,0	5,4	1,3
Тернопільська	293 413	10,5	2,1	1,2	419 718	15,3	1,1	2,0	530 112	16,5	1,8	2,1
Харківська	724 225	12,6	2,4	1,0	705 431	12,3	1,8	1,0	549 010	12,9	2,8	1,0
Херсонська	183 139	11,2	1,3	0,8	151 556	10,2	1,3	0,6	51 737	9,9	1,4	0,4
Хмельницька	227 102	10,3	1,8	0,6	194 421	10,2	1,6	0,4	301 549	14,8	1,7	0,8
Черкаська	537 182	9,8	3,4	1,8	465 395	11,2	4,1	1,1	420 698	11,8	4,0	0,8
Чернівецька	371 711	10,7	2,9	1,7	351 385	12,2	3,0	1,3	330 908	11,5	2,3	1,2
Чернігівська	364 315	13,4	2,8	1,3	313 972	13,2	2,8	1,0	266 975	13,2	3,4	0,8
м.Київ	1 225 466	16,3	6,3	0,6	1 312 555	18,2	6,4	0,5	1 198 220	14,9	8,3	0,4
<b>Україна</b>	<b>10 247 198</b>	<b>10,6</b>	<b>2,4</b>	<b>1,0</b>	<b>10 156 671</b>	<b>11,2</b>	<b>2,4</b>	<b>0,9</b>	<b>10 045 932</b>	<b>11,5</b>	<b>3,0</b>	<b>0,9</b>

Таблиця 3.15

## Діяльність кабінету рефлексотерапії у системі МОЗ по областях України за 2020-2022 рр.

Адміністративні території	2020		2021		2022	
	к-ть осіб, які закінчили лікування (на 10 тис. нас.)	к-ть процедур на 1 особу, яка закінчила лікування	к-ть осіб, які закінчили лікування (на 10 тис. нас.)	к-ть процедур на 1 особу, яка закінчила лікування	к-ть осіб, які закінчили лікування (на 10 тис. нас.)	к-ть процедур на 1 особу, яка закінчила лікування
АР Крим	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Вінницька	5,1	13,8	2,1	8,5	1,5	8,4
Волинська	1,0	18,2	1,0	18,5	1,2	18,2
Дніпропетровська	2,8	9,2	3,1	7,8	2,8	7,3
Донецька	29,3	9,2	1,8	27,0	8,6	10,4
Житомирська	4,2	26,9	0,0	16,8	1,9	6,4
Закарпатська	3,2	11,3	3,3	4,6	1,0	9,6
Запорізька	7,5	9,6	6,7	9,2	4,9	9,0
Івано-Франківська	7,6	7,6	10,0	6,2	9,3	7,3
Київська	1,9	23,6	2,4	33,8	1,6	26,4
Кіровоградська	5,1	11,2	4,4	10,5	14,0	9,9
Луганська	3,9	6,4	4,2	10,6	0,9	7,6
Львівська	12,4	9,1	3,3	8,7	2,1	8,9
Миколаївська	1,5	4,4	1,4	4,3	1,0	9,9
Одеська	5,2	14,0	7,2	11,1	2,7	9,8
Полтавська	0,4	11,2	2,6	5,2	0,8	7,0
Рівненська	21,4	7,4	12,9	10,6	6,3	8,1
Сумська	18,5	6,6	9,3	5,3	2,5	8,1
Тернопільська	13,7	14,9	15,0	19,3	17,1	18,4
Харківська	20,0	10,1	7,6	10,4	3,1	10,2
Херсонська	0,2	26,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Хмельницька	1,0	10,1	1,1	10,4	2,7	10,5
Черкаська	1,0	9,5	2,2	11,1	4,5	11,0
Чернівецька	32,4	4,3	17,7	3,7	6,6	9,7
Чернігівська	4,0	9,9	4,3	8,2	3,6	9,0
м.Київ	9,1	8,1	6,9	8,1	3,8	9,9
<b>Україна</b>	<b>8,0</b>	<b>9,5</b>	<b>4,6</b>	<b>10,1</b>	<b>3,6</b>	<b>10,7</b>

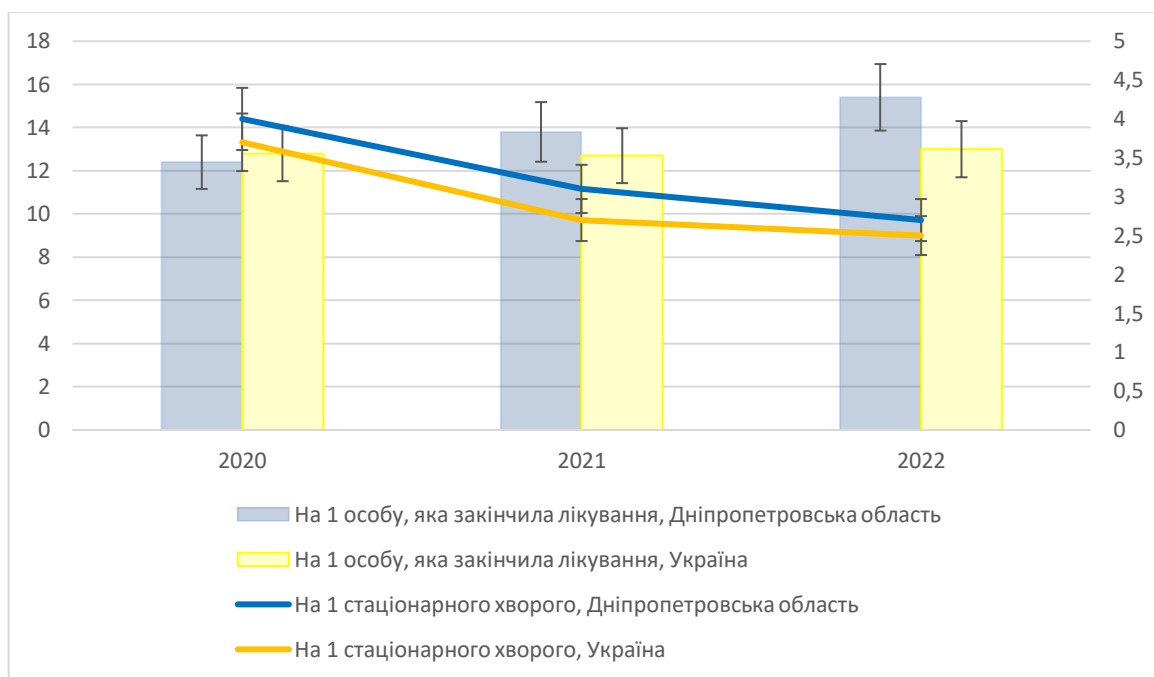


Рис. 3.5 Середня кількість проведених фізіотерапевтичних процедур у фізіотерапевтичних відділеннях (кабінетах) у Дніпропетровській області та по Україні у 2020 - 2022 рр. (М та 95 % ДІ)

Аналіз показників на амбулаторному рівні за діяльністю кабінету ЛФК (табл. 3.14) показав, що з 2020 по 2022 рік середня кількість проведених процедур на 1 особу збільшилася на 15,0 %, відносний показник кількість проведених процедур на 100 відвідувань в поліклініці, включаючи хворих удома, збільшився з 1,7 до 2,6 на 53,0 % при цьому показники залишалися нижчими за загальноукраїнський рівень відповідно на 7,0 % та 13,3 % у 2022 році.

Кількість осіб, які пройшли лікування рефлексотерапією на 10 тисяч населення (табл. 3.15) була у період 2020 – 2022 рр. відносно стабільною, при тому, що в цілому по Україні спостерігалось його зниження. Кількість процедур рефлексотерапії одну особу у Дніпропетровській області зменшилась на 20,0 % з 9,2 у 2020 році до 7,3 у 2024 році і була нижчою у останній рік за показники по Україні, які у цей період зростали, на 31,8 %.

Упродовж 2022 - 2024 років у Дніпропетровській області спостерігалось зменшення обсягів надання фізіотерапевтичних та ЛФК послуг на рівні територіальних громад (ТГ). Найбільш суттєве скорочення охоплення фізіотерапевтичною допомогою було зафіксовано в Підгородненській міській територіальній громаді, де показник на 10 тисяч населення зменшився в 13,9 разів з 4 564,1 до 328,1. У Кам'янській міській громаді він знизився на 48,1 % (з 10 090,8 до 5 235,4), в Криворізькій міській громаді на 32,6 % (з 11 929,5 до 8 046,4). Водночас, попри загальнообласну негативну динаміку, в окремих громадах спостерігалася позитивна динаміка. Так, у Петриківській селищній ТГ показник фізіотерапевтичних процедур на 10 тисяч населення зріс в тричі з 333,7 у 2022 році до 1 052,9 у 2024 році. Аналогічне підвищення зафіксовано й у П'ятихатській міській громаді, де відповідний показник зріс в 1,7 рази.

Щодо діяльності кабінетів ЛФК, то у показниках їх роботи також простежується обласна територіальна неоднорідність. Наприклад, у Слобожанській селищній ТГ у 2023 році зафіксовано найбільший показник 29 109,3 процедур на 10 тисяч населення, що в понад десять разів перевищувало середній рівень по області. У 2024 році першою за цим показником була Покровська міська ТГ з перевищенням обласного в 4 рази (9 758,6, порівняно з 2 747,1). Водночас у більшості територіальних громад спостерігалось зниження показників. Наприклад, у Дніпровській міській ТГ кількість фізіотерапевтичних процедур на 10 тисяч населення зменшилась на 47,6 % з 2 114,5 у 2022 році до 1 108,0 у 2024 році, в Кам'янській міській ТГ – на 66,3 % з 7 157,1 до 2 413,9.

Попри тенденцію до зменшення охоплення фізіотерапевтичними процедурами на рівні області та у більшості ТГ, наявність територій з позитивною динамікою свідчить про нерівномірність розподілу фізіотерапевтичних послуг.

У період 2020 - 2022 років в Україні загалом та в окремих областях спостерігалось поступове зростання кількості ліжок для відновного лікування дорослих у системі МОЗ, як в абсолютних, так і у відносних показниках (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

**Кількість та забезпеченість ліжками для відновного лікування дорослих у системі МОЗ по областях України за 2020-2022 рр.**

Адміністративні території	2020		2021		2022	
	Абс. числа	На 10 тис. нас.	Абс. числа	На 10 тис. нас.	Абс. числа	На 10 тис. нас.
АР Крим	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Вінницька	324	2,13	548	3,65	562	3,74
Волинська	43	0,42	23	0,23	154	1,51
Дніпропетровська	261	0,83	316	1,02	694	2,24
Донецька	65	0,35	101	0,25	149	0,79
Житомирська	75	0,63	85	0,72	285	2,42
Закарпатська	0	0,00	15	0,12	19	0,15
Запорізька	100	0,60	110	0,67	160	0,98
Івано-Франківська	70	0,52	92	0,68	238	1,76
Київська	210	1,18	190	1,06	255	1,43
Кіровоградська	0	0,00	0	0,00	30	0,33
Луганська	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Львівська	445	1,79	584	2,37	589	2,39
Миколаївська	83	0,75	78	0,71	88	0,81
Одеська	30	0,13	30	0,13	130	0,56
Полтавська	215	1,58	163	1,21	266	1,98
Рівненська	50	0,44	50	0,44	65	0,57
Сумська	30	0,29	55	0,53	185	1,79
Тернопільська	44	0,43	59	0,58	99	0,97
Харківська	75	0,29	128	0,50	150	0,58
Херсонська	70	0,69	70	0,70	70	0,70
Хмельницька	40	0,32	41	0,33	185	1,51
Черкаська	42	0,36	32	0,28	97	0,84
Чернівецька	25	0,28	0	0,00	70	0,79
Чернігівська	25	0,26	58	0,61	138	1,45
м. Київ	105	0,36	135	0,46	160	0,55
м. Севастополь	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Україна</b>	<b>2 427</b>	<b>0,59</b>	<b>2 963</b>	<b>0,72</b>	<b>4 838</b>	<b>1,18</b>

Кількість ліжок для відновного лікування в Україні зросла вдвічі з 0,59 до 1,18 на 10 тисяч населення. Найвищі темпи зростання спостерігалися у Житомирській (збільшення в 2,8 рази), Сумській (збільшення в 5,2 рази), Хмельницькій (збільшення в 3,7 рази) та Івано-Франківській областях (збільшення в 3,4 рази). Натомість у низці регіонів України (Херсонська, Луганська області) не спостерігалось відновних ліжок чи їх позитивної динаміки, що пов'язано передусім із їх географічним розташуванням біля зони активних бойових дій.

У Дніпропетровській області спостерігалось суттєве зростання кількості ліжок для відновного лікування дорослого населення у закладах охорони здоров'я, що функціонують у системі МОЗ з 261 у 2020 році до 694 у 2022 році. Забезпеченість населення області ліжками для відновного лікування збільшилася в 1,7 рази з 0,83 на 10 тисяч населення у 2020 році до 2,24 у 2022 році. Показники у регіоні в 2022 році перевищували середні значення забезпеченості ліжками для відновного лікування дорослого населення дані по Україні в 1,9 разів.

В Дніпропетровській області протягом 2020 - 2024 років зафіксовано стабільну позитивну динаміку показників сумарної реабілітації (табл. 3.18; рис. 3.6). Загальнообласний показник сумарної реабілітації в абсолютних величинах за період 2020 – 2024 рр. зріс на 27,7% з 2079 до 2655 осіб, відносний показник зріс на 65,1 % з 8,6 % у 2020 році до 14,2 % у 2024 році. Найбільш суттєві темпи підвищення рівня показника сумарної реабілітації зафіксовано у таких громадах, як Петриківська селищна ТГ, де показник збільшився в 1,7 рази з 8,9 % у 2020 році до 24,1 % у 2024 році та Вільногірська міська ТГ, де показник збільшився в 3, рази з 5,0 % у 2020 році до 23,5 % у 2024 році. Подібна тенденція спостерігається і в Криворізькому районі, де рівень сумарної реабілітації підвищився на 18,9 % з 13,2 % до 15,7 %, при цьому кількість реабілітованих осіб зросла майже у 18 разів із 35 у 2020 році до 622 у 2024 році.

Таблиця 3.18

**Показники сумарної реабілітації у Дніпропетровська область по районах за  
2020-2024 рр.**

Адміністративні території	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Дніпровський р-н	61	10,6	67	12,8	554	9,4	626	11,2	798	15,3
Дніпровська міська ТГ	485	8,5	526	10,4	473	10,1	520	11,8	623	15,3
Петриківська селищна ТГ	19	8,9	25	12,3	13	7,6	21	12,3	33	24,1
Солонянська селищна ТГ	15	3,6	22	5,7	22	6,3	21	6,7	31	10,3
Царичанська селищна ТГ	17	7,3	12	5,5	10	5,7	18	9,4	34	18,0
Кам'янський р-н	-	-	-	-	234	8,2	301	11,2	354	14,3
Верхньодніпровська міська ТГ	41	7,6	45	8,3	31	8,4	27	5,8	32	9,6
Вільногірська міська ТГ	8	5,0	12	5,6	17	11,0	9	6,1	28	23,5
Жовтоводська міська ТГ	41	11,4	43	14,2	18	6,3	27	12,7	19	8,5
Кам'янська міська ТГ	133	8,1	161	10,6	151	9,8	187	13,4	204	16,0
Криничанська селищна ТГ	19	6,2	22	7,5	10	4,1	24	10,9	23	11,9
П'ятихатська міська ТГ	38	12,1	25	8,7	24	9,2	27	10,4	48	14,5
Криворізький р-н	35	13,2	39	15,5	503	11,5	538	13,0	622	15,7
Апостолівська міська ТГ	34	9,0	30	8,3	12	4,6	24	9,7	36	17,9
Криворізька міська ТГ	559	12,5	525	12,5	425	11,8	418	12,6	496	15,4
Софіївська селищна ТГ	13	8,2	17	12,3	13	12,6	13	10,6	13	13,3
Широківська селищна ТГ	33	14,8	27	13,6	22	13,6	25	15,8	25	19,7
Нікопольський р-н	19	7,4	14	5,1	108	5,3	145	9,7	235	16,0
Марганецька міська ТГ	33	7,5	26	6,7	25	7,5	14	5,9	42	16,5
Нікопольська міська ТГ	60	6,1	81	8,7	69	6,4	54	8,5	84	13,7
Покровська міська ТГ	23	7,8	21	7,8	18	8,0	27	13,0	41	17,7
Томаківська селищна ТГ	14	4,7	9	3,2	10	5,3	16	9,4	31	21,4
Новомосковський р-н	44	6,6	39	6,5	97	7,1	90	7,4	194	15,3
Магдалинівська селищна ТГ	22	5,6	30	7,8	32	9,5	24	9,4	44	18,7
Новомосковська міська ТГ	48	8,5	40	7,4	37	7,4	34	7,9	75	15,0
Павлоградський р-н	16	5,2	23	7,3	149	8,7	146	8,8	142	9,5
Павлоградська міська ТГ	67	6,5	84	7,9	98	9,7	98	10,9	81	10,4
Тернівська міська ТГ	19	4,7	19	4,9	19	5,2	21	5,1	21	5,4
Юр'ївська селищна ТГ	5	6,8	10	12,5	4	6,3	5	10,2	18	26,9
Синельниківський р-н	24	7,9	21	8,5	115	6,2	113	6,4	136	8,1
Васильківська селищна ТГ	19	5,6	20	6,7	17	6,1	11	4,7	17	7,6
Межівська селищна ТГ	11	6,6	12	8,8	7	5,6	12	10,7	8	7,7
Першотравенська міська ТГ	24	5,7	21	5,2	27	6,9	19	5,1	20	5,8
Петропавлівська селищна ТГ	17	4,5	24	6,3	23	7,3	9	4,6	13	9,1
Покровська селищна ТГ	21	6,3	14	5,2	11	4,9	15	6,9	23	13,2
Синельниківська міська ТГ	20	6,7	20	7,1	14	5,9	18	8,0	22	10,9
<b>Дніпропетровська область</b>	<b>2079</b>	<b>8,6</b>	<b>2147</b>	<b>9,5</b>	<b>1784</b>	<b>9,0</b>	<b>2077</b>	<b>10,6</b>	<b>2655</b>	<b>14,2</b>

Водночас частина громад демонструє відносно стабільні або помірно зростаючі показники. Наприклад, у Павлоградській міській ТГ показник зріс на 60 % з 6,5 % до 10,4 %, а в Кам'янській міській ТГ вдвічі з 8,1 % до 16,0 %. У низці громад реабілітаційна активність залишалась помірною, однак також відзначається позитивна динаміка, це Солонянська селищна ТГ, Покровська селищна ТГ, Синельниківська міська ТГ.

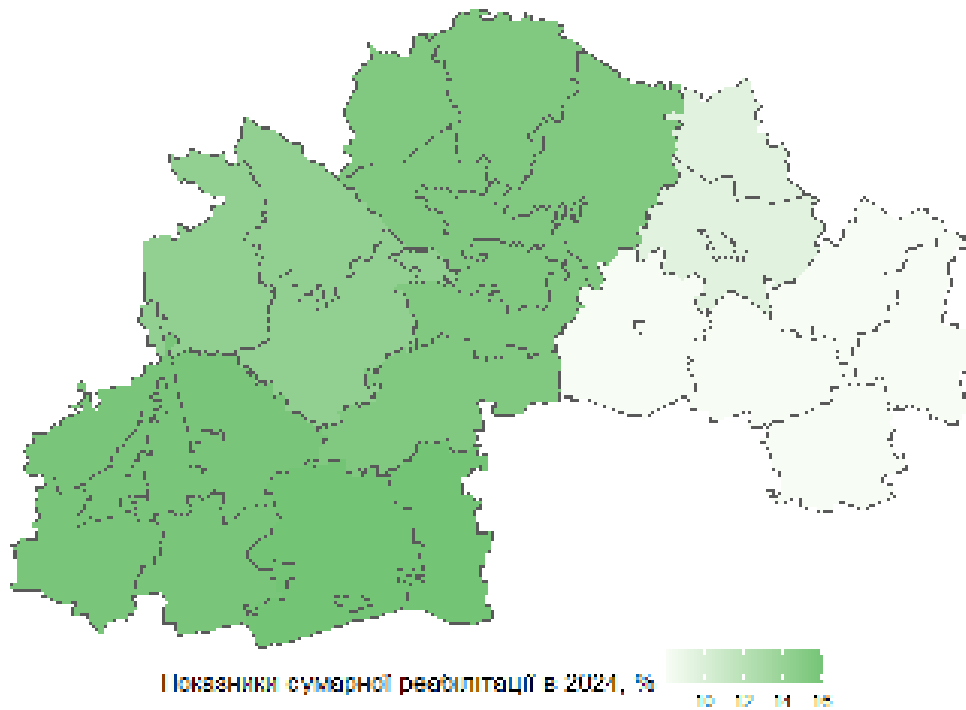


Рис. 3.6 Показники сумарної реабілітації у Дніпропетровська область по районам за 2024 рік (у %)

На деяких поодиноких територіях спостерігалось незначне зниження показників сумарної реабілітації, зокрема у Жовтоводській ТГ, що може бути пов'язано з наближеністю до лінії фронту, що простежується на картограмі (рис. 3.6).

### **3.3 Фінансування пакета реабілітаційної допомоги за програмою медичних гарантій**

За даними Дашборду Національної служби здоров'я України «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» протягом 2023-2025 рр. загальна сума укладених договорів збільшилась на 26,0 %, з 130 613 559 649,1 грн до 164 560 710 822,0 грн. (табл. 3.19).

Фінансування пакету послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» за даний період збільшилось на 81,4 % а його частка у структурі пакетів послуг збільшилась з 1,7 % до 2,4 %

Динаміка фінансування за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» характеризується певними коливаннями. Якщо у 2023 році його обсяг становив 1 242,2 млн грн (0,95 % від усіх договорів), то у 2024 році відбулося різке зниження до 18,2 млн грн (0,02 % від усіх договорів). Однак уже в 2025 році показник відновився на рівні 2 917,2 млн грн (1,8 % у загальній структурі), що перевищує рівень 2023 року більш ніж у 2,3 рази. Це може бути пов'язане з перерозподілом обсягів фінансування, запровадженням нових вимог до контрастування тощо.

У сукупності на обидва пакети реабілітаційної допомоги у 2025 році припадало 6 870,6 млн грн, що становить 4,2 % загальної суми всіх чинних договорів НСЗУ (164,56 млрд грн), тоді як у 2023 році ця частка становила 2,7 %. Можна зазначити, що відбувається не лише зростання обсягів фінансування, а і посилення ролі реабілітації в загальній структурі медичних послуг.

Кількість чинних договорів за пакетом послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» за період 2023-2025 рр. збільшилась на 47,8 % та становила 362 договори.

Упродовж 2023–2025 років надання реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах в межах Програми медичних гарантій здійснювалося переважно закладами комунальної форми власності (табл. 3.20).

Таблиця 3.19

## Суми чинних договорів за пакетами НСЗУ та їх частка у структурі пакетів послуг в Україні у 2023-2025 рр.

Назва пакету послуг	2023		2024		2025	
	Сума чинних договорів, ₴	Частка у %	Сума чинних договорів, ₴	Частка у %	Сума чинних договорів, ₴	Частка у %
1	2	3	4	5	6	7
Бронхоскопія	26 542 215,0	0,020	45 528 088,0	0,038	57 687 332,7	0,035
Ведення вагітності в амбулаторних умовах	555 016 608,0	0,425	615 426 210,0	0,509	934 648 047,1	0,568
Гістероскопія	89 903 497,0	0,069	173 411 332,0	0,143	177 101 062,6	0,108
Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях	2 398 842 270,0	1,837	2 359 960 837,0	1,951	2 296 651 800,0	1,396
Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії	5 282 810 141,8	4,045	-	-	1 806 648 485,6	1,098
Діагностика та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, у стаціонарних та амбулаторних умовах	1 181 856 603,0	0,905	990 276 264,0	0,819	1 018 310 515,2	0,619
Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)	376 183 401,1	0,288	411 921 704,8	0,341	419 277 734,6	0,255
Езофагогастроуденоскопія	240 462 879,0	0,184	371 101 553,0	0,307	369 101 242,2	0,224
Екстрена медична допомога	10 976 665 059,8	8,404	10 498 683 336,2	8,680	10 541 812 868,9	6,406
Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на тимчасово окупованій території	2 430 595 533,1	1,861	-	-	-	-
Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів	772 541 088,0	0,591	817 395 850,9	0,676	887 955 040,0	0,540
Зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України	-	-	55 441 574,4	0,046	395 566 696,1	0,240
Зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України (група послуг №2)	-	-	-	-	339 186 178,6	0,206
Колоноскопія	117 291 591,0	0,090	186 745 956,0	0,154	217 769 096,4	0,132
Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro)	-	-	50 008 596,0	0,041	428 965 587,7	0,261
Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин	-	-	325 575 709,9	0,269	383 216 339,8	0,233
Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів	-	-	905 311 712,5	0,749	1 466 281 704,8	0,891
Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	123 412 512,6	0,094	135 438 352,7	0,112	144 691 598,7	0,088
Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах	2 608 698 456,0	1,997	2 714 092 770,0	2,244	2 971 205 634,0	1,806
Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах	274 929 315,0	0,210	268 360 716,0	0,222	253 690 695,0	0,154
Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах	1 361 206 446,6	1,042	1 284 534 432,6	1,062	1 089 937 514,0	0,662
Мамографія	91 442 640,0	0,070	137 674 800,0	0,114	145 710 996,5	0,089
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	1 400 638 490,3	1,072	1 337 561 811,9	1,106	1 470 218 902,9	0,893
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	895 425 367,0	0,686	1 255 271 827,0	1,038	1 337 396 637,0	0,813

Продовження таблиці 3.19

1	2	3	4	5	6	7
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	1 737 707 853,0	1,330	2 564 891 088,0	2,121	2 089 468 749,0	1,270
Медична допомога при пологах	3 239 254 097,0	2,480	3 002 778 760,0	2,483	3 004 921 372,0	1,826
Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки	-	-	506 531 184,0	0,419	1 454 996 804,0	0,884
Медичні послуги із здійснення забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців та інших осіб на випадок втрати репродуктивної функції під час виконання обов'язків із оборони держави, захисту вітчизни та інших покладених на них обов'язків	-	-	-	-	56 970 000,0	0,035
Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям	1 680 811 596,0	1,287	1 195 874,2	0,001	2 253 824 223,4	1,370
Неонатальний скринінг	185 203 920,0	0,142	152 755 200,0	0,126	297 242 467,2	0,181
Первинна медична допомога	23 605 346 810,0	18,073	23 728 552 159,4	19,618	21 812 514 127,6	13,255
Перехідне фінансове забезпечення надання медичних послуг закладами охорони здоров'я	-	-	-	-	9 282 667 408,5	5,641
Проведення досліджень з радіоізотопної медичної візуалізації та діагностики (позитронно-емісійної комп'ютерної томографії)	-	-	-	-	7 674 000,0	0,005
Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах	15 600 091 574,1	11,944	67 414 817,7	0,056	19 257 842 775,9	11,703
Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах	3 481 157 058,8	2,665	3 919 447 821,3	3,241	4 737 123 153,2	2,879
Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами	95 449 207,0	0,073	54 006 624,0	0,045	54 006 624,0	0,033
Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами	-	-	-	-	334 218 350,6	0,203
Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах	2 608 980 720,0	1,997	2 840 290 824,0	2,348	2 810 531 404,8	1,708
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах	1 242 168 460,0	0,951	18 210 060,0	0,015	2 917 232 136,0	1,773
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах	2 178 883 251,0	1,668	2 728 046 047,9	2,256	3 953 412 527,6	2,402
Секційне дослідження	149 798 395,0	0,115	106 931 456,0	0,088	112 378 995,0	0,068
Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	22 078 882 919,1	16,904	27 049 836 576,7	22,364	26 479 311 817,2	16,091
Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям	1 420 306 272,0	1,087	4 214 025,0	0,003	998 445 440,0	0,607
Стоматологічна допомога дорослим та дітям	403 222 872,0	0,309	425 629 568,0	0,352	451 586 457,6	0,274
Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги	8 810 169,0	0,007	169 196 310,0	0,140	169 196 310,0	0,103
Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги	7 723 750,0	0,006	18 422 605,0	0,015	18 422 605,0	0,011
Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах	2 267 506 831,4	1,736	2 416 218 523,4	1,998	2 514 036 271,2	1,528
Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	932 157 465,6	0,714	1 518 535 092,3	1,256	3 662 549 767,0	2,226
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	16 459 174 623,8	12,601	24 669 955 879,8	20,397	26 873 587 177,8	16,331
Цистоскопія	26 457 690,0	0,020	47 221 793,0	0,039	45 143 685,9	0,027
<b>Всього</b>	<b>130 613 559 649,1</b>	<b>100</b>	<b>120 950 005 724,5</b>	<b>100</b>	<b>164 560 710 822,0</b>	<b>100</b>

Таблиця 3.20

**Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, кількість чинних договорів та їх частка у структурі за формами власності в Україні за 2023-2025 рр.**

Форми власності	2023		2024		2025	
	Кількість чинних договорів	% у структурі	Кількість чинних договорів	% у структурі	Кількість чинних договорів	% у структурі
Комунальна	228	93,1	269	91,2	324	89,5
Приватна (без ФОП)	16	6,5	23	7,8	25	6,9
Державна	1	0,4	3	1,0	13	3,6
<b>Всього</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>	<b>295</b>	<b>100,0</b>	<b>362</b>	<b>100,0</b>

У 2023 році з 245 чинних договорів 228 (93,1 %) було укладено з комунальними закладами, у 2024 році 269 з 295 (91,2 %), у 2025 році 324 з 362 (89,5 %). У структурі форм власності переважає комунальна, хоч її частка і зменшилась з 93,1 % до 89,5 % (табл. 3.20).

Приватні заклади, без урахування фізичних осіб-підприємців (ФОП) демонстрували помірне зростання з 16 договорів у 2023 році (6,5 %) до 25 у 2025 році (6,9 %), однак їх частка залишалася не достатньо вагомою. Найбільшими темпами змінювався показник у державному секторі: з одного чинного договору у 2023 році (0,4 %) до 13 у 2025 році (3,6 %),

У структурі сум чинних договорів також переважає комунальна форма власності, її частка за даний період значно не змінилась і становила 88,1 %. Збільшились суми чинних договорів закладів приватної (до 365 829 298,8 грн) та державної (до 105 849 156,7 грн) форм власності (табл. 3.21).

Приватний сектор (без ФОП) поступово нарощував свою присутність у фінансовій структурі пакета: від 214,9 млн грн у 2023 році (9,9 %) до 365,8 млн грн

у 2025 році (9,3 %). Найвищу частку було зафіксовано у 2024 році (11,8 %). Це свідчить про зростання інтересу приватних закладів до участі в Програмі медичних гарантій, хоча у 2025 році їх частка знову знизилася.

Державні медичні заклади зберігали найменшу частку, однак вона зростала з 1,7 % у 2023 - 2024 роках до 2,7 % у 2025 році, що відповідає збільшенню обсягів з 36,6 млн грн до 105,8 млн грн.

Таблиця 3.21

**Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, сума чинних договорів та їх частка у структурі за формами власності в Україні за 2023-2025 рр.**

Форми власності	2023		2024		2025	
	Сума чинних договорів, ₴	% у структурі	Сума чинних договорів, ₴	% у структурі	Сума чинних договорів, ₴	% у структурі
Комунальна	1 927 384 492,0	88,5	2 358 940 503,3	86,5	3 481 734 072,1	88,1
Приватна (без ФОП)	214 876 964,0	9,9	322 775 104,6	11,8	365 829 298,8	9,3
Державна	36 621 795,0	1,7	46 330 440,0	1,7	105 849 156,7	2,7
<b>Всього</b>	<b>2 178 883 251,0</b>	<b>100,0</b>	<b>2 728 046 047,9</b>	<b>100,0</b>	<b>3 953 412 527,6</b>	<b>100,0</b>

У Дніпропетровській області за пакетом послуг «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» кількість та сума чинних договорів є найбільшими з поміж усіх областей України, станом на 2025 рік укладено 34 договори на суму 470 407 308,8 грн (рис. 3.7, 3.8). За період 2023 - 2025 рр. у Дніпропетровській області кількість чинних договорів за даним пакетом збільшилась на 54,5 %, сума чинних договорів збільшилась у 1,6 рази (табл. 3.22)(64).

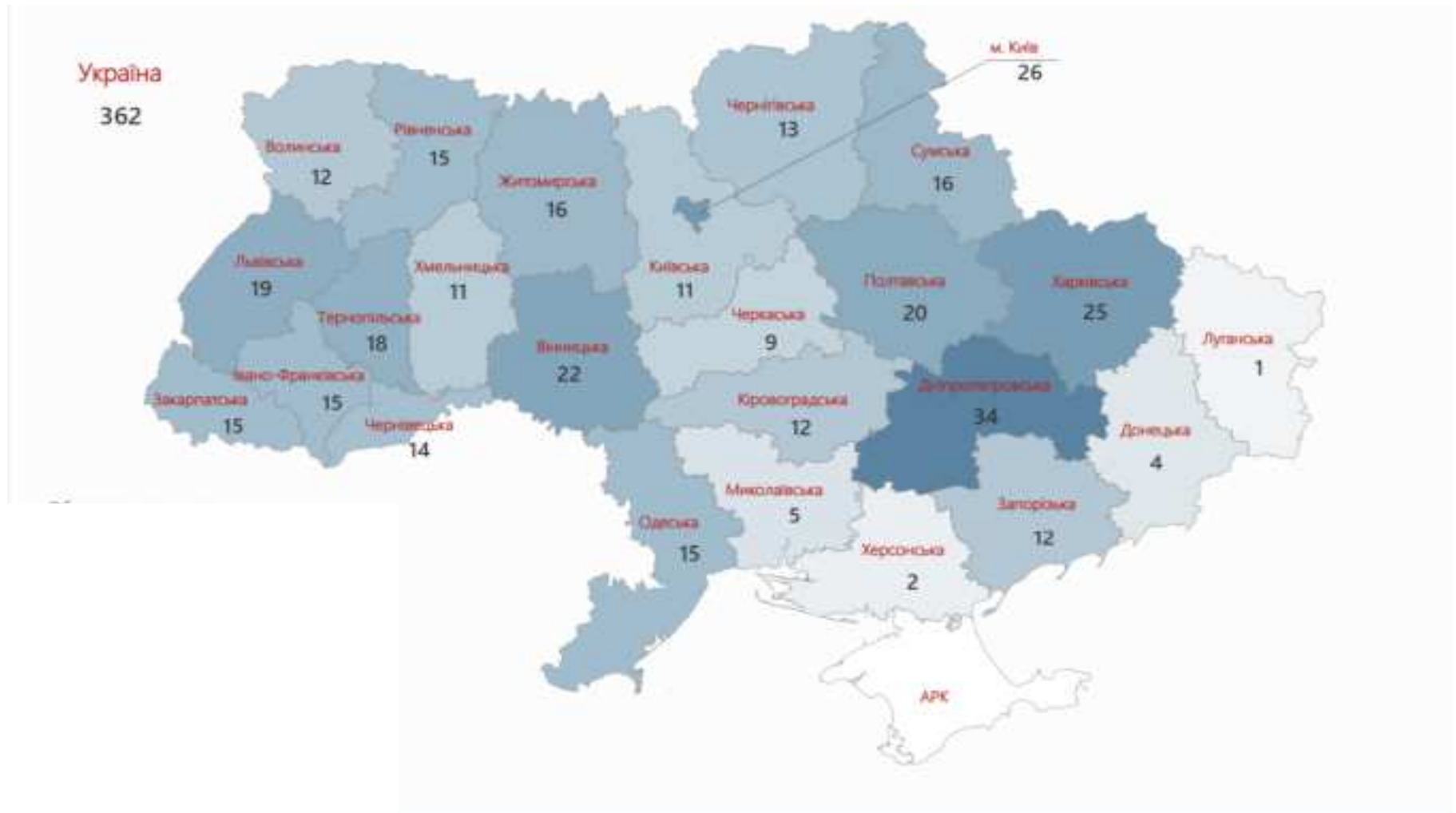


Рис. 3.7 Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, кількість чинних договорів по областях України за 2025 рік

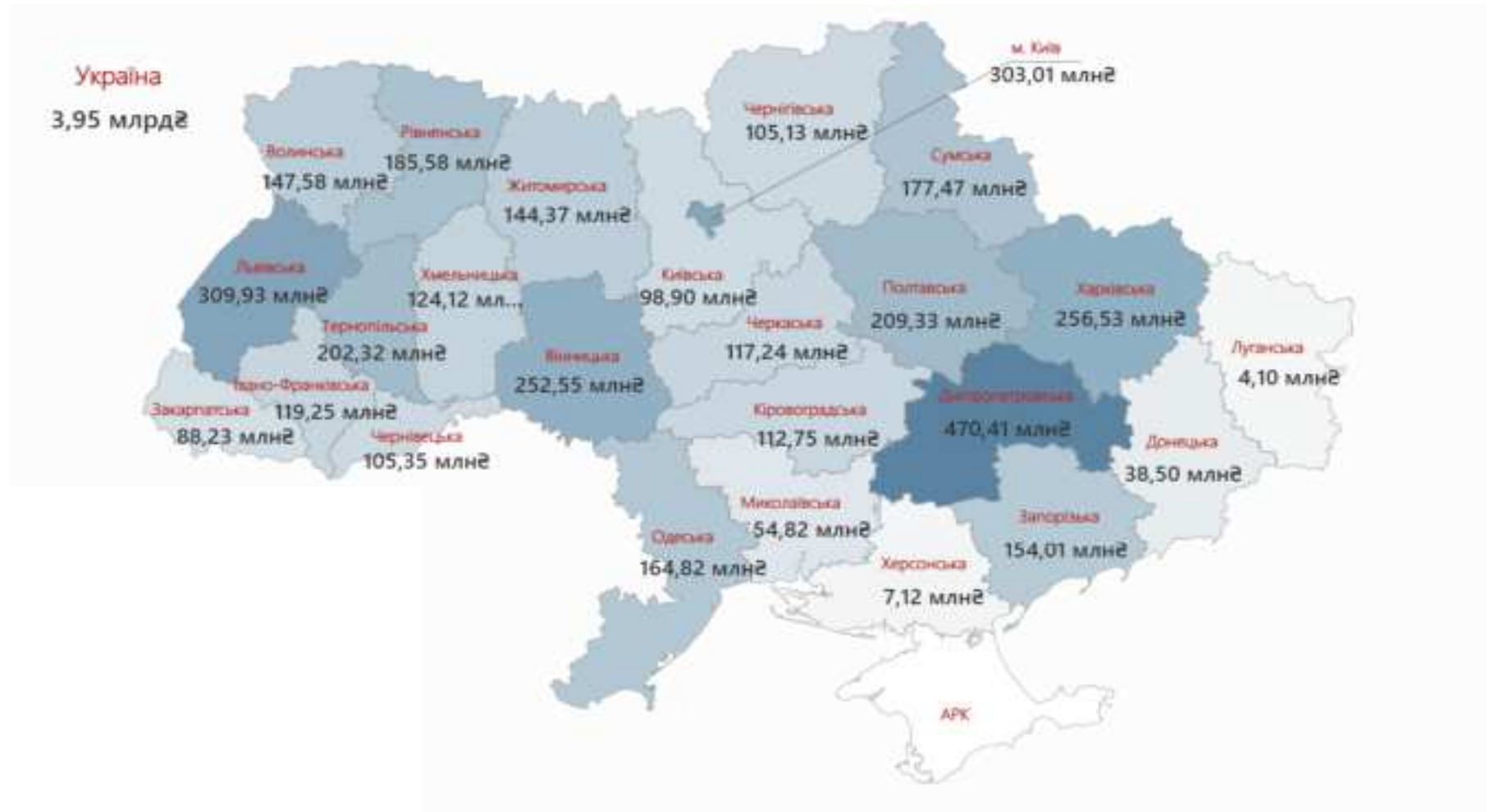


Рис. 3.8 Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, сума чинних договорів по областях України за 2025 рік

Таблиця 3.22

**Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, кількість чинних договорів та сума чинних договорів по областях України за 2023-2025 рр.**

Адміністративні території	2023		2024		2025	
	Кількість чинних договорів	Сума чинних договорів, ₴	Кількість чинних договорів	Сума чинних договорів, ₴	Кількість чинних договорів	Сума чинних договорів, ₴
Р Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	13	247 120 188,0	16	181 917 563,3	22	252 552 928,8
Волинська	11	111 097 750,0	12	112 935 984,4	12	147 579 538,8
Дніпропетровська	22	298 070 829,0	28	339 983 483,4	34	470 407 308,8
Донецька	4	10 556 628,0	6	35 157 091,2	4	38 502 104,4
Житомирська	14	88 389 049,0	14	99 848 920,8	16	144 373 007,0
Закарпатська	6	30 756 585,0	12	65 318 457,6	15	88 225 093,2
Запорізька	9	109 361 964,0	12	96 875 670,4	12	154 008 417,6
Івано-франківська	14	77 468 570,0	14	79 299 038,1	15	119 254 515,6
Київська	7	23 366 904,0	6	38 796 483,7	11	98 900 353,2
Кіровоградська	10	85 805 292,0	10	80 580 080,1	12	112 754 468,4
Луганська	-	-	1	7 472 640,0	1	4 096 136,8
Львівська	12	163 119 665,0	19	240 813 236,2	19	309 926 520,6
Миколаївська	5	25 454 532,0	6	51 454 587,6	5	54 823 390,8
Одеська	10	24 126 084,0	10	67 888 496,1	15	164 818 106,8
Полтавська	16	102 284 743,0	19	144 317 029,0	20	209 326 033,4
Рівненська	11	51 879 625,0	12	121 831 822,0	15	185 583 464,4
Сумська	15	111 062 161,0	16	139 689 146,4	16	177 470 266,8
Тернопільська	11	143 594 040,0	13	133 469 869,4	18	202 315 946,0
Харківська	9	170 954 354,0	12	224 389 352,6	25	256 526 497,8
Херсонська	3	9 133 260,0	3	5 456 208,0	2	7 116 840,0
Хмельницька	5	26 130 576,0	6	57 547 392,2	11	124 117 689,6
Черкаська	6	66 660 987,0	7	75 141 602,9	9	117 238 077,6
Чернівецька	6	34 184 472,0	11	74 667 348,6	14	105 350 977,9
Чернігівська	9	49 070 574,0	10	79 688 488,6	13	105 131 542,0
м. Київ	17	119 234 419,0	20	173 506 055,3	26	303 013 301,3
м. Севастополь	-	-	-	-	-	-
<b>Україна</b>	<b>245</b>	<b>2 178 883 251,0</b>	<b>295</b>	<b>2 728 046 047,9</b>	<b>362</b>	<b>3 953 412 527,6</b>

Середня кількість договорів на область у 2025 році становила приблизно 13,9 (362 договори на 26 регіонів із наявними даними), показник в Дніпропетровській області перевищував цей індекс майже у 2,5 рази.

Дніпропетровщину із обсягом фінансуванням 470,4 млн грн у 2025 році входить у трійку регіонів за обсягами забезпечення стаціонарної реабілітації разом із Києвом, де фінансування сягнуло 303 млн грн, а також Львівською областю з 309,9 млн грн. Частка Дніпропетровської області у загальній сумі чинних договорів по Україні у 2025 році складала 11,9 %.

### **Висновки до розділу 3**

В результаті проведеного аналізу встановлено значні просторово-часові відмінності у потребах та забезпеченні реабілітаційною допомогою осіб з бойовим досвідом у межах Дніпропетровської області. Кількість учасників бойових дій за період 2013–2023 рр. зросла на 8,3 %, а поліноміальна регресійна модель вказує на подальше стрімке зростання цього показника ( $R^2=0,879$ ).

Спостерігається зміна тенденцій у кадровому забезпеченні тісно пов'язана з реформуванням системи реабілітації в Україні, започаткованим у 2021 році, зокрема зменшення кількості лікарів традиційних спеціальностей (фізіотерапевтів на 25,5 % у 2020–2024 рр., лікарів з лікувальної фізкультури на 23,8 %), і супроводжується поступовим переходом до нової моделі надання реабілітаційної допомоги. Так спостерігається зростання кількості чинних договорів із НСЗУ за новими пакетами послуг реабілітації в амбулаторних умовах на 86,3 %, у стаціонарних умовах – на 47,8 %.

Сумарний рівень реабілітації в області збільшився з 8,6 % у 2020 році до 14,2 % у 2024 році, із найбільшим зростанням у Петриківській, Вільногірській, Криворізькій ТГ. Забезпеченість ліжками для відновного лікування збільшилася з 2020 по 2022 рік у 1,7 рази і склало 2,24 на 10 тисяч населення, що вдвічі перевищує середній показник по Україні.

У більшості територіальних громад регіону простежується зменшення обсягів фізіотерапевтичних і ЛФК-послуг, однак на окремих територіях

(Петриківська, П'ятихатська, Слобожанська, Покровська ТГ) відзначено суттєве зростання охоплення ними. Зокрема, кількість процедур у кабінетах ЛФК на 1 особу зросла на 15,0 %, а кількість процедур рефлексотерапії на 10 тисяч населення залишалася стабільною, попри загальноукраїнське зниження. Водночас діяльність кабінетів ЛФК демонструє значну територіальну неоднорідність, що вказує на необхідність збалансування ресурсів для забезпечення сталого зростання спроможності регіональної системи ОЗ до відновного лікування.

Упродовж 2023 - 2025 років Дніпропетровська область стабільно входила до числа регіонів із найвищими обсягами фінансування реабілітаційної допомоги, як за кількістю чинних договорів, так і за сумою їх фінансування: 11,9 % загального обсягу фінансування стаціонарної реабілітації (470,4 млн грн) та збільшення кількості договорів на 54,5 %. Фінансування пакету стаціонарної реабілітаційної допомоги зросло з 2023 по 2025 рік на 81,4 %, а його частка в загальній структурі – з 1,7 % до 2,4 %; амбулаторної – у 2,3 рази порівняно з 2023 роком. Основним надавачем реабілітаційних послуг залишаються комунальні заклади (89,5 % договорів), однак спостерігається зростання фінансування державного і приватного секторів.

#### **Матеріали розділу знайшли відображення у роботі автора:**

Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. *Public Health Journal*. 2024;1(5):93-101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13> [166].

## РОЗДІЛ 4

### ОЦІНКА ЧУТЛИВОСТІ РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Проведена експертна оцінка чутливості ОЗ при стаціонарному лікуванні була здійснена за результатами медичного обслуговування 68-ми захисників та 1-ї захисниці середнього віку 36,5 (95 % ДІ 33,9 - 39,2) років, які були госпіталізовані переважно через травматичні ураження (81,2 %). Військові провели у стаціонарних закладах охорони здоров'я в середньому 10,3 (95 % ДІ 8,2 - 12,4) ліжко-днів, чверті (26,1 %) були проведені оперативні втручання, належний рівень якості лікування із додержанням стандартів спостерігався у переважній більшості випадків (78,3 %).

Оскільки звичайна бальна оцінка не враховує багатомірності такої категорії, як чутливість охорони здоров'я, тому інтегральній оцінці респонсивності передувало визначення ваги, яку мають різні аспекти чутливості при формуванні її загального рівня (табл. 4.1).

За даними ВООЗ зважування кожного елемента чутливості ОЗ шляхом експертної оцінки, показало, що сфери «повага до людей» та «орієнтація на клієнта» рівноцінні і внесок кожної групи складає 50 %. Вплив окремих аспектів групи поваги до пацієнта визнано однаковими. Чотири елементи сфери орієнтації на пацієнтів, як на клієнтів отримали різні рангові місця і відповідно різну вагу.

За результатами попередніх кафедральних досліджень, у структурі інтегрального показника чутливості системи охорони здоров'я простежується перерозподіл вагового внеску складових, зокрема посилення впливу показників, що базуються на об'єктивних критеріях (сфера орієнтації на пацієнта), порівняно з суб'єктивними оцінками (сфера поваги до гідності).

Згідно з результатами проведеного дослідження, визначено, що перше рангове місце залишилося незмінним, його займає швидкість (оперативність) медичного обслуговування. У сфері орієнтації на клієнта не спостерігається

суттєвих змін щодо рангових місць порівняно, як з міжнародними, так і вітчизняними даними. Низький пріоритет мають якість побутових умов, доступ до мереж соціальної підтримки та вибір провайдера медичних послуг.

Таблиця 4.1

**Вага основних елементів чутливості у формуванні результуючого показника (у %)**

Основні елементи чутливості	За даними ВООЗ [10, 11]		За даними попереднього власного дослідження [12, 15]		За даними дослідження відгуку на запити військових**	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг
Повага до людини, всього	50 %		49 %		49 %	
Повага до гідності	16,7 %	3	17 %	2	15,0 %	2
Конфіденційність	16,7 %	3	8,5 %	8	12,0 %	3/4
Автономія	16,7 %	3	12,5 %	3	10,0 %	8
Комунікація	-*		11 %	5	12,0 %	3/4
Орієнтація на клієнта, всього	50 %		51 %		51 %	
Оперативність (швидкість) обслуговування	20 %	1	19,7 %	1	17,0 %	1
Якість побутових умов	15 %	5	10,1 %	6	11,5 %	5/6
Доступ до мереж соціальної підтримки	10 %	6	9,6 %	7	11,5 %	5/6
Вибір провайдера	5 %	7	11,6 %	4	11,0 %	7

Примітка. \* У подібному дослідженні ВООЗ не оцінювався внесок комунікації у загальний показник чутливості;  $p > 0,05$  при порівняння внеску за кожним елементом;

\*\* - коефіцієнт конкордації Кендалла:  $W = 0,92$  ( $p < 0,001$ )

Всередині першої групи «повага до людини» частка усіх показників, окрім гідності (2-3 рангове місце при інших дослідженнях) зазнала змін, у першу чергу через додавання елементу – комунікації, яка більш високо оцінюється при забезпеченні відгуку військовослужбовців ніж інших верств населення. Найбільші розбіжності порівняно з чутливістю при обслуговуванні широкого

кола пацієнтів спостерігаються за такими елементами, як автономія (останнє рангове місце), конфіденційність та комунікації, яким експерти надають високе 3-4 рангове місце через необхідність дотримання даних принципів при медичному обслуговуванні та реабілітації військових, що брали участь у бойових діях.

Експертна оцінка окремих елементів чутливості до запитів військових показала (табл. 4.2), що найбільш низькі оцінки отримали такі елементи чутливості, як автономії, комунікацій та якості побутових умов, що в цілому відповідає подібним оцінкам, отриманим під час інших досліджень [12, 15]. Потрібно зазначити, що оцінки цих елементів є доволі високими, проте нижчими порівняно з іншими характеристиками респонсивності. Менший рівень оцінок даних елементів у випадку нашого дослідження свідчить про необхідність їх цільового вдосконалення.

Низький бал автономії визначається як у закордонних, так і національних оцінках чутливості. Однак на сьогоднішній день ситуація змінюється і все пов'язане з нею, вважається достатньо цінним для роботи системи охорони здоров'я, оскільки є елементом людиноцентричності медичного обслуговування.

За даними власних попередніх наукових досліджень, вразливі групи населення не мають достатнього відгуку системи на свої запити через меншу повагу до їх гідності, низький рівень автономії, меншу свободу вибору надавачів послуг, обмежений доступ до служб соціальної підтримки та гірші побутові умови під час лікування [12, 15].

Найвищі оцінки за елементами чутливості були дані гідності, оперативності обслуговування та доступу до систем соціальної підтримки. Високий рівень шанобливого ставлення до пацієнтів та поваги до їх гідності пов'язаний з тим, що у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) до військовослужбовців зазвичай ставляться з повагою, дотримуються прав людини при їх медичному обслуговуванні, медичні обстеження проводяться приватно тощо. Також, перебуваючи на стаціонарному лікуванні, пацієнти, зазвичай мають можливість

приймати відвідувачів, залучати родичів, знайомих і волонтерів для догляду за собою.

Таблиця 4.2

**Оцінка основних елементів чутливості стаціонарного лікування  
військовослужбовців – учасників бойових дій за результатами експертної  
оцінки (у % до максимально можливого рівня – 100%)**

Оцінка за елементами та сферами відгуку за запити військових					
Середній рівень у %, М (95 % ДІ)					
<i>Повага до людини</i>		<i>W (p)</i>	<i>Орієнтація на клієнта</i>	<i>W (p)</i>	
Автономія	69,1 (68,7 - 69,6)	W=0,96 (p=0,010)	Вибір	75,0 (74,5 - 75,5)	W=0,76 (p=0,006)
Комунікація	70,9 (70,3 - 71,5)	W=0,66 (p=0,035)	Якість побутових умов	73,7 (73,3 - 74,1)	W=0,67 (p=0,006)
Конфіденційність	78,1 (77,6 - 78,5)	W=0,92 (p=0,009)	Оперативність обслуговування	85,9 (85,5 - 86,2)	W=0,65 (p=0,005)
Гідність	88,0 (87,6 - 88,5)	W=0,64 (p=0,004)	Доступ до систем соціальної підтримки	84,8 (84,4 - 85,3)	W=0,68 (p=0,005)
<i>Загалом за сферою</i>	76,9 (76,6 - 77,1)	W=0,90 (p<0,001)	<i>Загалом за сферою</i>	81,3 (80,1 - 81,5)*	W=0,83 (p<0,001)
<b>Загальний рівень чутливості до запитів військовослужбовців – учасників бойових дій</b>				<b>79,1 (78,9 - 79,2)</b>	<b>W=0,91 (p&lt;0,001)</b>

Примітка. \*  $p<0,001$  за критерієм Стьюдента для пов'язаних вибірок

Виявлена статистично суттєва різниця в оцінках чутливості за різними сферами. Сфера, що лежить у площині організації медичного обслуговування, маркетингових технологій – орієнтація на клієнта оцінюється вище порівняно із сферою поваги до людини, основою якої є дотримання правових та біоетичних принципів у системі ОЗ ( $p<0,001$ ). Це потребує більшої уваги до дотримання прав пацієнтів, відповідного законодавчого підґрунтя при забезпеченні відгуку галузі на запити військових.

Узагальнені результати оцінки чутливості показали, що відгук системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців стосовно стаціонарного лікування і реабілітації складає в середньому 79,1 % (95 % ДІ 78,9 - 79,3).

Максимально можливий у конкретних проаналізованих випадках ступінь відгуку на запити бійців (рис. 4.1), на думку експертів складав за медіанним значенням 91,0 % (95 % ДІ 68,4 - 93,8). Враховуючи це, для обстеженої вибірки військових потенційно підвищити рівень чутливості медичного обслуговування можна від 6,4 % до 15,5 %, в цілому на 11,0 % (95 % ДІ 10,7 - 12,1) за медіанним значенням та на 7,2 % (95 % ДІ 5,0 – 9,4) за середнім значенням. Експерти вказали на можливість підвищення відгуку на запити військових у 78,3 % випадків оцінених госпіталізацій.

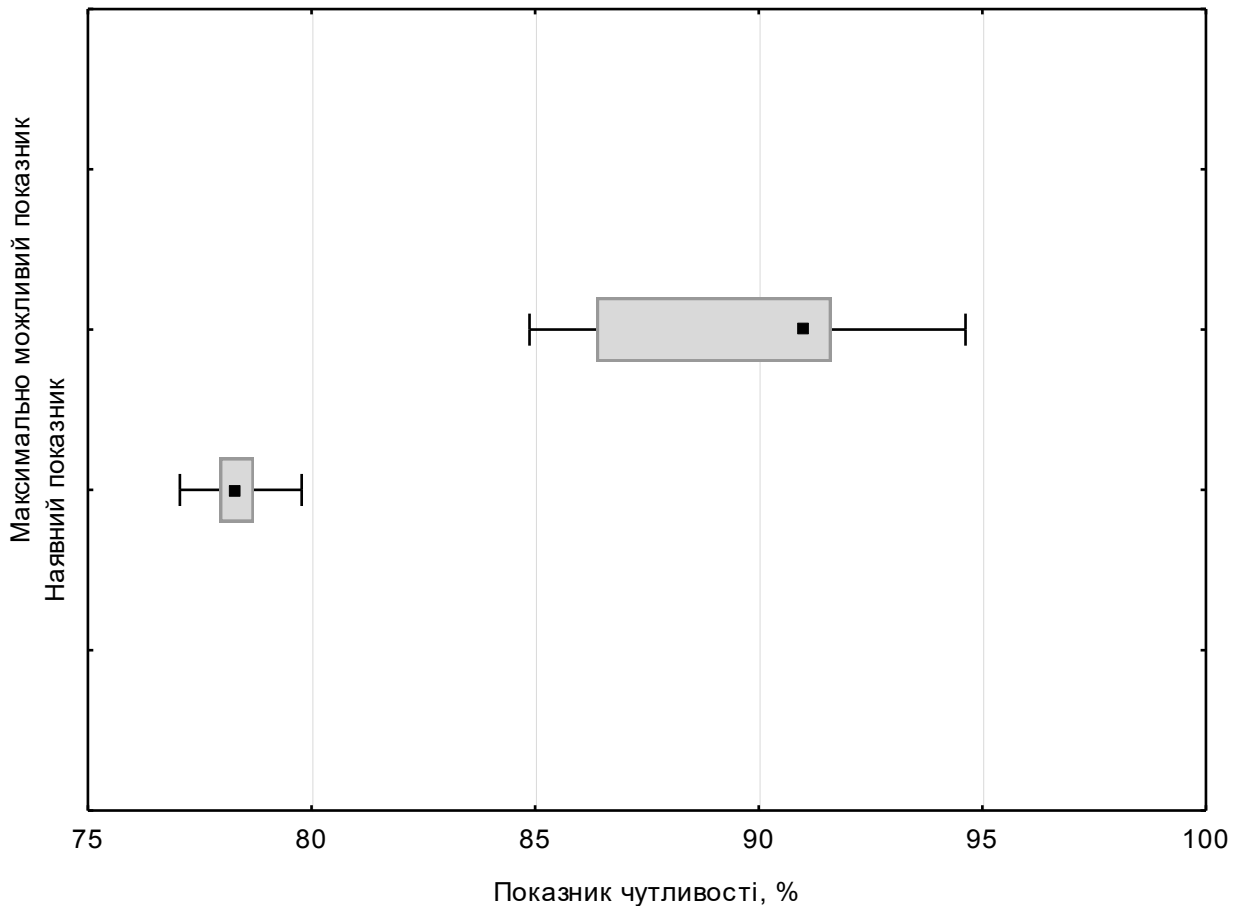


Рис. 4.1 Інтегральний показник чутливості системи охорони здоров'я при стаціонарному лікуванні та реабілітації військовослужбовців: розрахований зважений та максимально можливий за даними експертної оцінки (медіанні

значення у % до максимально можливого 100 % рівня – Ме, інтерквартильний розмах та 95 % ДІ)

Нами було проведено ранговий кореляційний аналіз між можливим ступенем збільшення відгуку галузі та окремими елементами чутливості ОЗ й іншими чинниками. Він показав, що збільшення респонсивності системи охорони здоров'я корелює зворотними зв'язками із рівнем якості лікування (коефіцієнт кореляції Спірмена  $r_s = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ), проведенням оперативних втручань ( $r_s = -0,25$ ;  $p = 0,041$ ), конфіденційністю ( $r_s = -0,24$ ;  $p = 0,049$ ), комунікаціями ( $r_s = -0,25$ ;  $p = 0,042$ ) та сферою поваги до людини загалом ( $r_s = -0,26$ ;  $p = 0,032$ ).

Керовані елементи чутливості системи охорони здоров'я, такі як повага до гідності, конфіденційність і якість комунікації, не потребують значних фінансових ресурсів, що відкриває можливість покращення відгуку ОЗ на запити військовослужбовців без суттєвого збільшення витрат.

Вплив окремих елементів чутливості системи охорони здоров'я на імовірність підвищення її відгуку на запити військовослужбовців у сфері стаціонарного лікування та реабілітації було проаналізовано за допомогою логістичної регресії. Залежною результуючою змінною (y) виступала можливість покращення респонсивності (була закодована у вигляді бінарної змінної, де 0 – ні, а 1 – так), а незалежними змінними впливу (x) виступали рівні оцінок окремих елементів чутливості у вигляді предикторних змінних. До остаточної моделі, параметри якої представлені у таблиці 4.3 увійшли лише статистично значущі чинники впливу.

За результатами логістичного регресійного аналізу з покроковим включенням предикторів були отримані результати, що дозволили побудувати рівняння моделі логістичної регресії. У якості основи було використане рівняння логістичної регресії, яке передбачає, що імовірність збільшення респонсивності системи ОЗ, пов'язана з рівнем предикторів (елементів чутливості) відповідно до формули:

$$y = \exp(b_0 + b_{1-n} \times x_{1-n}) / [1 + \exp(b_0 + b_{1-n} \times x_{1-n})] \quad (4.1),$$

де –  $y$  – результат (імовірність збільшення респонсивності системи ОЗ);

$b_0$  – коефіцієнт, який вказує на значення результату  $y$  у випадку, коли предиктор буде дорівнювати 0;

$b_{1-n}$  – регресійні коефіцієнти, які показують наскільки  $y$  у середньому зміниться логарифм шансу імовірність збільшення респонсивності системи ОЗ при зміні незалежної змінної на одиницю свого виміру;

$x_{1-n}$  – предикторні змінні (показники кожного елемента чутливості), включені до рівняння.

Значення предикторів заноситься у рівняння у одиницях виміру, у нашому випадку у відсотках. Отриманий результат  $y$  змінюється у діапазоні від 1 (є збільшення респонсивності) до 0 (відсутнє збільшення респонсивності).

Таблиця 4.3

**Параметри рівняння логістичної регресії залежності відгуку  
(респонсивності) системи ОЗ від окремих елементів чутливості**

Прогностичні змінні/ Елемент чутливості	Коефіцієнт регресії $\beta$	Стандартна похибка коефіцієнту $\beta$ (SE)	ВШ (95 % ДІ)	$\chi^2$ Вальда	p-value $\chi^2$ Вальда
Вільний член рівняння	65,57				
Автономія ( $x_1$ )	1,99	0,164	1,4 (1,04 - 1,69)	4,27	0,039
Комунікація ( $x_2$ )	2,14	0,131	1,5 (1,0 - 2,13)	3,9	0,048
Конфіденційність ( $x_3$ )	2,11	0,189	1,3 (1,02 - 1,72)	3,9	0,047
Повага до гідності ( $x_4$ )	3,12	0,361	2,3 (1,09 - 4,55)	4,9	<0,001

Примітки.  $\beta$  – коефіцієнти логістичної регресії;  
SE (Std. Error) – помилки коефіцієнтів логістичної регресії;  
ВШ – відношення шансів з 95 % ДІ;  
 $\chi^2$  – хі-квадрат Вальда (Wald Chi-Square);  
 $p$  – рівень статистичної значущості  $\chi^2$  Вальда

Враховуючи отриманні дані (табл. 4.3), рівняння прогнозування швидкого (через 2 тижні) позитивного ефекту від лікування хворих на тривожно-депресивні розлади неорганічного та органічного генезу з дисомнією має вигляд:

$$y = \frac{\exp(65,57 + 1,99 \times x_1 + 2,14 \times x_2 + 2,11 \times x_3 + 3,12 \times x_4)}{[1 + \exp(65,57 + 1,99 \times x_1 + 2,14 \times x_2 + 2,11 \times x_3 + 3,12 \times x_4)]} \quad (4.2).$$

Незалежно від величин  $x$ , передбачене значення результату ( $y$ ) у цій моделі завжди буде лежати у діапазоні від 0 до 1. Якщо розрахована імовірність матиме значення менше 0,5, то прогнозується, що подія не настане – чутливість системи ОЗ не зміниться, в іншому випадку передбачається поліпшення респонсивності галузі.

За даними множинного логістичного регресійного аналізу, статистично значущі самостійні фактори впливу на підвищення респонсивності, згідно скоригованих, очищені від впливу інших факторів, відношення шансів це автономія (ВШ=1,4; 95 % ДІ 1,04 – 1,69), комунікація (ВШ=1,5; 95 % ДІ 1,0 – 2,13), конфіденційність (ВШ=1,3; 95 % ДІ 1,02 – 1,72) та повага до гідності (ВШ=2,3; 95 % ДІ 1,09 – 4,55).

Відношення шансів показує, що на кожен одиницю збільшення елемента чутливості, внесеного до моделі, відбувається підвищення загального рівня респонсивності. За показником скорегованого відношення шансів, найбільший ступінь підвищення чутливості галузі буде спостерігатися при підвищенні поваги до гідності: при збільшенні ступеню поваги на 1 % логарифм шансу поліпшення чутливості збільшується у 2,3 рази (95 % ДІ 1,09 - 4,55). Далі в порядку убавання впливу простежується подібна здатність при поліпшенні комунікація, конфіденційності й автономії.

Отриманий за результатами моделі логістичної регресії коефіцієнт детермінації Нейджелкера, який показує частку впливу предикторів моделі на дисперсію залежної змінної, склав  $R^2=0,269$ , що означає, що частка сумісного впливу чинників, включених до моделі (автономії, комунікації, конфіденційності та повага до гідності) на підвищення відгуку системи ОЗ на запити

військовослужбовців складає 26,9 %. Решта впливу припадає на інші фактори, які не враховувалися у моделі.

Отже, загальний показник відгуку на запити військовослужбовців можна поліпшити майже на чверть за рахунок збільшення поваги до їх гідності, поліпшення комунікацій, конфіденційності та автономії стаціонарного етапу реабілітації.

Оцінку адекватності моделі (рівняння) логістичної регресії проводилася за значенням Хі-квадрат ( $\chi^2$ ); відсотком конкордації (concordant) – часткою правильно перекласифікованих за допомогою рівняння спостережень (чим ближче цей показник до 100 %, тим вище якість моделі); тесту згоди Хосмера-Лемешова та ROC-аналізу.

Частка вірного передбачення склала 79,7 %. Високий рівень конкордації вказує на достатній ступінь узгодженості реального розподілу спостережень та розподілу на підставі розрахунків за рівнянням логістичної регресії, що свідчить про достатню якість рівняння логістичної регресії.

Побудоване рівняння прогнозу на підставі логістичної регресії (логістична модель) виявилися адекватною за показником Хі-квадрат  $\chi^2=5,8$  ( $p=0,016$ ) та за тестом Хосмера-Лемешова ( $p=0,059$ ), оскільки показала суттєвий збіг реальних та розрахункових результатів.

За формою ROC кривої і площі під нею (AUC) проводилася оцінка прогностичної точності рівняння логістичної регресії. Розрахунки показали, що прогностична модель має добрі операційні характеристики, площа під ROC кривою становила  $AUC=0,763$  (95,0 % ДІ 0,645 - 0,857;  $p=0,046$ ).

За даними ROC аналізу визначалися точки відсікання (cut-off point) за індексом Юдена, пороговим значенням сфер респонсивності, які дозволяють визначити оптимальний показник для розподілу позитивних та негативних результатів і таким чином забезпечити найкращий варіант значень чутливості (sensitivity) та специфічності (specificity). При оцінці відгуку галузі на запити військовослужбовців, точки відсікання для сфери поваги до людини, коли спостерігається оптимальний баланс між чутливістю та специфічністю є

значення 76,2 % за цією сферою (рис. 4.2), для сфери орієнтації на клієнта – 82,3 %.

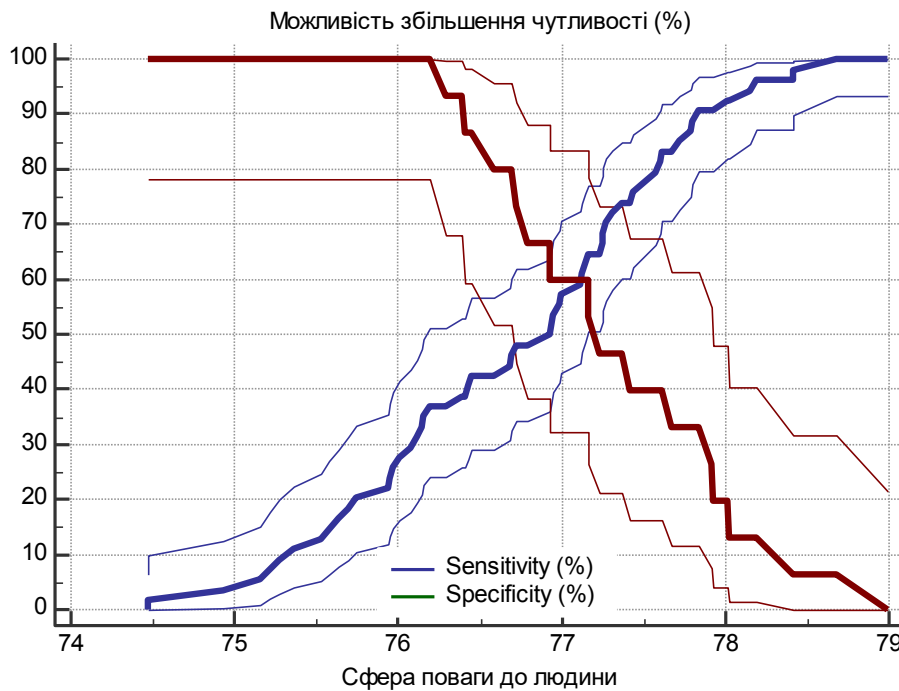


Рис. 4.2 Залежність чутливості та специфічності, отриманих за даними рівняння логістичної моделі від оцінок поваги до гідності ( $y$  %) респонсивності ОЗ на запити військовослужбовців під час стаціонарної реабілітації (за даними ROC аналізу)

Розраховані значенні відношення шансів для отриманих точок відсікання показали, що при рівні поваги до гідності пацієнта вищому за 76,2 %, шанси поліпшення відгуку на запити бійців при стаціонарній реабілітації зростають в 18,4 рази (95 % ДІ 1,04 – 324,48;  $p=0,047$ ). Для сфери орієнтації на клієнта при оцінці цієї сфери більше ніж 82,3 %, шанси поліпшення респонсивності збільшуються в 4,5 рази (95 % ДІ 0,98 – 21,03). Однак потрібно зазначити, що ця залежність фіксується на рівні статистичної тенденції ( $p=0,053$ ).

#### Висновки до розділу 4

Зміцнення систем охорони здоров'я, як національного, так і територіального рівнів, що базується на виконанні їх загальних цілей діяльності:

забезпечення здоров'я населення, фінансової справедливості та чутливості, можливе за рахунок оптимізації відгуку ОЗ на запити населення в цілому, так і військовослужбовців, як потенційно вразливої групи, що потребує адекватного медичного обслуговування та реабілітації. У формування інтегрального показника респонсивності обслуговування ветеранів, на думку експертів, найбільшу вагу вносять такі складові, як оперативність обслуговування та повага до гідності.

Оцінка відгуку територіальної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо стаціонарного лікування і реабілітаційних заходів, проведена шляхом експертної оцінки медичних записів, показала достатньо високий рівень чутливості медичного обслуговування до вимог пацієнтів: 79,1 % (95 % ДІ 78,9 - 79,2) від максимально можливого 100 % рівня з суттєво вищими оцінками блоку орієнтації на клієнта порівняно із сферою поваги до людини ( $p < 0,001$ ).

За результатами дослідження визначено високі рівні поваги до гідності пацієнтів, оперативності обслуговування та доступу до систем соціальної підтримки, що доводить потребу та практичну реалізацію таких принципів системи ОЗ, як людиноцентричність, що кореспондується із концепцією респонсивності.

На думку експертів, не зважаючи на високі оцінки респонсивності при стаціонарній реабілітації, існує потенціал щодо оптимізації чутливості ОЗ у 78,3 % оцінених випадків. В цілому чутливості ОЗ можна підвищити на 6,4 - 15,5 % до максимально можливого рівня за рахунок поліпшення поваги до гідності воїнів, дотримання правил конфіденційності інформації, чіткості і ясності комунікацій та підвищивши рівень автономії пацієнтів. Синергічний вплив цих елементів, за результатами логістичного регресійного аналізу, обумовлює 26,7 % загального рівня чутливості. Підвищення рівня даних елементів збільшує шанси поліпшення чутливості в 1,3 - 2,3 рази ( $p < 0,05$ ), а підвищення сфери поваги до гідності вище за 76,2 % – в 18,4 рази ( $p = 0,047$ ).

**Матеріали розділу знайшли відображення у публікації здобувача:**

Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024;1(5):93-101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13> [166].

## РОЗДІЛ 5

### ПОТРЕБИ ТА ЗАПИТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ЩОДО РЕСПОНСИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### 5.1 Очікування військовослужбовців щодо відгуку системи охорони здоров'я під час реабілітації

У дослідженні прийняло участь 47 захисників та 2 захисниці України віком від 28 до 56 років (середній вік – 44, 9 років із 95 % ДІ 42,8 - 47,0 років). Трохи більше чверті респондентів (28,6 %) мали вищу освіту, більше третини (36,7 %) – середню спеціальну освіту, решта – середню освіту. Сімейний стан 75,5 % опитаних визначили як одружені (в стосунках). Переважаюча більшість (85,7 %) проходить службу у збройних силах України (ЗСУ), 10,2 % належать до сил територіальної оборони, решта – до інших військових формувань. Строк служби до поранення у 20,4 % обстежених складав до 1 року; у 67,3 % – від 1 року до 3-х; у 12,2 % – більше 3-х років і в середньому становив 2,4 роки (95 % ДІ 2,1 – 2,7 років).

Бальна оцінка потреби у забезпеченні окремих елементів чутливості при реабілітації військовослужбовців, засвідчила їх високу актуальність – середній бал коливався від 8,2 (7,5 – 8,8) балів за десятибальною шкалою для вибору постачальників медичних послуг до 9,8 (9,6 – 10,0) балів для поваги до гідності (табл. 5.1). За всіма аспектами найчастіше зустрічається (є модою) максимальна оцінка. Частота максимальної 10 бальної оцінки найбільша у поваги до гідності (89,8 %), найменша (42,9 %), як і у середнього балу, для свободи вибору, що пояснюється нормуванням цього процесу та наявністю процедури розподілу військовослужбовців у відповідні заклади охорони здоров'я.

При цьому спостерігається різна варіативність в оцінках окремих елементів відгуку на запити військовослужбовців стосовно реабілітації, найменша варіативність, і відповідна найбільша однотайність у ветеранів щодо високої потреби у повазі до їх гідності, конфіденційності інформації та якості

побутових умов. Найбільші коефіцієнти варіації, і відповідно, найбільше різноманіття поглядів у бійців щодо питань свободи вибору провайдерів, автономії та оперативності медичного обслуговування.

Таблиця 5.1

**Потреби у забезпеченні основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при реабілітації на думку учасників бойових дій**

Елементи чутливості	Оцінка у балах від 1 до 10-ти				
	Мін - макс	М 95 % ДІ	$C_v$ , %	Mo	Частота Mo, %
Сфера поваги до людини					
Повага до гідності	5 - 10	9,8 (9,6 – 10,0)	8,1 %	10,0	89,8 %
Конфіденційність	5 - 10	9,4 (9,1 – 9,7)	10,8 %	10,0	63,3 %
Автономія	3 - 10	8,3 (7,8 – 8,9)	23,8 %	10,0	46,9 %
Комунікація	1 - 10	9,0 (8,5 – 9,5)	18,9 %	10,0	59,2 %
Сфера орієнтації на клієнта					
Вибір	1 - 10	8,2 (7,5 – 8,8)	26,7 %	10,0	42,9 %
Оперативність обслуговування	1 - 10	8,7 (8,2 – 9,3)	21,7 %	10,0	44,9 %
Якість побутових умов	5 - 10	9,5 (9,2 – 9,8)	11,0 %	10,0	69,4 %
Доступ до соціальної підтримки	3 - 10	9,0 (8,5 – 9,5)	19,1 %	10,0	61,2 %

Індикатор загального рівня чутливості територіальної системи ОЗ при реабілітації військових, за очікуваннями ветеранів, було оцінено у 8,9 (95 % ДІ 8,6 – 9,2) балів (рис. 5.1). При цьому оцінки за сферами поваги до гідності та орієнтації на пацієнта, як клієнта, не мали статистично значущих розбіжностей та складала відповідно 9,1 (95 % ДІ 8,9 – 9,4) та 8,8 (95 % ДІ 8,5 – 9,2) балів ( $p=0,103$ ).

Високі оцінки за загальним рівнем чутливості системи охорони здоров'я та

її окремими сферами свідчать про значну потребу у створенні добре організованої та орієнтованої на пацієнта системи реабілітації, яка здатна відповідати очікуванням ветеранів.

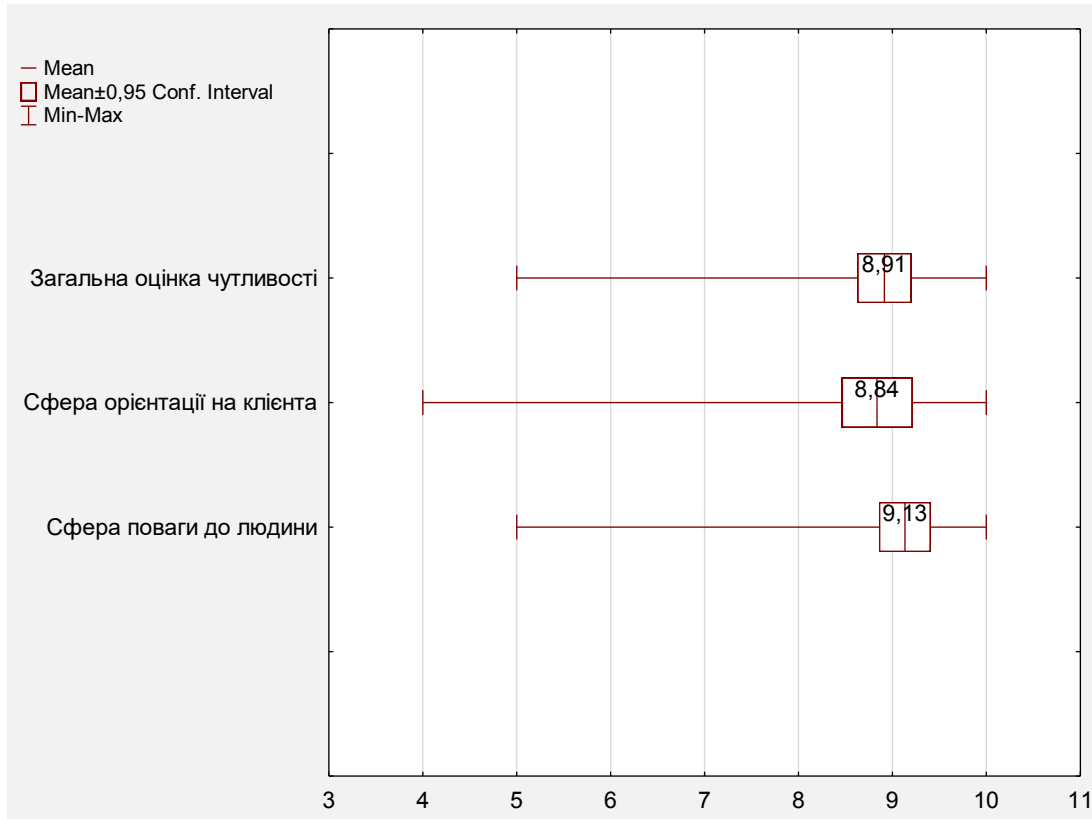


Рис. 5.1 Середня оцінка потреби у забезпеченні чутливості системи охорони здоров'я загалом та за основними доменами при реабілітації військових (за даними опитування учасників бойових дій)

Розбіжностей в оцінках потреб у загальному відгуку системи ОЗ на запити військовослужбовців під час реабілітації та в окремих елементах чутливості за статтю, віком, освітою, сімейним станом та родом військових формувань переважно не було виявлено ( $p > 0,05$ ). Однак, була визначена наявність кореляційних зв'язків між рівнем освіти та оцінки потреби в автономії пацієнта (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена:  $r_s = -0,28$ ;  $p = 0,048$ ). Це доводить, що при вищому рівні освіти збільшується ступінь очікувань власної участі у прийнятті рішень щодо реабілітації. Сфера орієнтації на пацієнта, як клієнта зворотно корелювала з типом військового формування респондента ( $r_s = -0,30$ ;  $p = 0,038$ ),

що вказує та те, що більш специфічні військові формування менше опікуються маркетинговими стратегіями медичного обслуговування під час реабілітації. Це підкреслює необхідність врахування рівня освіти військових та типу їх військових формувань при розробці реабілітаційних програм, оскільки це сприятиме підвищенню відгуку системи охорони здоров'я до їх потреб.

Ранжування важливості основних елементів чутливості ОЗ при реабілітації військовослужбовців та співставлення його із результатами попередніх кафедральних досліджень [15, 12] показало (табл. 5.2), що наявні певні збіги з оцінками населення та внутрішньо переміщених осіб (ВПО). При цьому спостерігається і багато відмінностей, що свідчить про необхідність врахування особливостей запиту військовослужбовців.

Найбільш важливими для ветеранів під час реабілітації є повага до людської гідності, яка займає відповідно 1-шу та 2-гу позицію для населення та ВПО, на другому місці якість побутових умов, яка не має такого суттєвого значення для інших категорій, на третьому – конфіденційність особистої інформації, яка має першочергове значення для ВПО та середній рейтинг для населення. У свою чергу, для внутрішньо переміщених осіб найвищий ранг надається конфіденційності, тоді як повага до гідності та оперативність обслуговування посіли відповідно 2-ге та 3-тє місця. Для населення загалом найбільш важливими аспектами є повага до гідності (1-ше місце), оперативність обслуговування (2-ге місце) та можливість вибору медичних закладів і спеціалістів (3-тє місце).

Якість побутових умов зайняла 2-ге місце для вибірки військовослужбовці, що свідчить про важливість для них комфортного реабілітаційного середовища, оскільки належні умови перебування сприяють фізичному та психологічному відновленню, знижують рівень стресу та створюють відчуття безпеки. Цей елемент чутливості займає 6-те місце для вибірки ВПО та широких верств населення, тобто займає нижчий пріоритет порівняно з потребами військовослужбовців. Це може бути пов'язано з більшою зосередженстю цих груп на інших аспектах медичного обслуговування, передусім на доступі до

медичних послуг та оперативності обслуговування, тоді як комфортні умови перебування у ЗОЗ сприймаються як менш важливі порівняно з іншими аспектами чутливості системи охорони здоров'я.

Таблиця 5.2

**Рейтинг важливості основних елементів чутливості системи охорони здоров'я на думку опитаних військовослужбовців та інших груп населення**

Елементи (аспекти) чутливості	Описання аспекту у світлі процесу реабілітації військовослужбовців	Ранг від найбільш до найменш важливого		
		Для ветеранів	Для ВПО*	Для населення**
<b>Сфера поваги до людини</b>				
Гідність	Шанобливе ставлення до військовослужбовців; забезпечення етики у взаємодії з пацієнтам; ввічливе обслуговування	1	2	1
Конфіденційність	Конфіденційність особистої інформації; Забезпечення захисту персональних даних	3	1	5
Автономія	Активна участь військовослужбовців у прийнятті рішень щодо їх реабілітації та лікування	7	8	7
Комунікація	Чіткість, прозорість та доступність інформації щодо процесу реабілітації; ясність комунікацій	5	4	4
<b>Сфера орієнтація на клієнта</b>				
Вибір	Можливість самостійного вибору медичних закладів та спеціалістів для реабілітації	8	5	3
Оперативність обслуговування	Швидкий доступ до реабілітаційних послуг, зручне транспортування та мінімізація часу очікування	6	3	2
Якість побутових умов	Забезпечення комфортних умов перебування та зручностей під час проходження реабілітації	2	6	6
Доступ до соціальної підтримки	Можливість регулярної взаємодії з сім'єю, друзями та іншими надавачами соціальної підтримки	4	7	8

Примітки. \* За результатами опитування керівників закладів ОЗ [12];

\*\* – за результатами дослідження серед населення [15]

Доступ до систем соціальної підтримки, що посідає 7-8 місця у пріоритетах ВПО та населення, для ветеранів є значущим (4-те місце), оскільки це важливо для забезпечення інтеграції ветеранів у суспільство та надання психологічної та емоційного підтримки з боку оточення.

Найнижчі рангові позиції у всіх досліджених вибірках спостерігаються у автономії пацієнтів (6-8 місця), що свідчить про те, що залучення пацієнтів до вибору лікувальних/реабілітаційних стратегій не сприймається як ключовий аспект відгуку системи ОЗ на запити пацієнтів. Це довготривала ситуація [12, 15], яка потребує низки роз'яснювальних та організаційних заходів для підвищення пріоритетності автономії в українській системі охорони здоров'я.

Оцінка інших аспектів демонструє значущість комунікації (5 місце для ветеранів, 4 – для ВПО і населення), що свідчить про потребу у чітких і доступних інформаційних потоках у процесі реабілітації. Вибір постачальників медичних послуг оцінюється ветеранами як менш важливий (8 місце), тоді як для населення цей аспект має більшу вагу (3 місце).

Між самими окремими елементами чутливості існує низка кореляційних зв'язків (рис. 5.2). Виявлено статистично значущі кореляції між автономією пацієнта та конфіденційністю ( $r=0,31$ ;  $p=0,031$ ); між конфіденційністю та повагою до гідності пацієнта ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ); між повагою до гідності пацієнта та якістю побутових умов ( $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ); між якістю побутових умов та оперативністю обслуговування ( $r=0,30$ ;  $p=0,035$ ); між оперативністю обслуговування та доступом до системи соціальної підтримки ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$ ), можливістю вибору ( $r=0,59$ ;  $p<0,001$ ) і комунікаціями ( $r=0,51$ ;  $p<0,001$ ); між можливістю вибору та комунікаціями ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ) і доступом до системи соціальної підтримки ( $r=0,43$ ;  $p=0,002$ ); між комунікаціями та доступом до системи соціальної підтримки ( $r=0,42$ ;  $p=0,003$ ).

Коефіцієнт детермінації, що показує ступінь загального впливу усіх восьми елементів на загальний рівень очікуваної чутливості складає  $R^2=84,3\%$  ( $p<0,001$ ), що показує наявність й інших чинників формування респонсивності, які не були враховані у нашому дослідженні.

Лінійний регресійний аналіз показав, що чутливість територіальної системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців найбільшою мірою формується за рахунок поваги до гідності (парціальний коефіцієнт кореляції  $r=0,94$ ;  $p<0,001$ ), конфіденційності  $r=0,92$ ;  $p<0,001$ ) та якості

побутових умов  $r=0,92$ ;  $p<0,001$ ). Далі в порядку убунання за силою впливу на загальний коефіцієнт розмістилися оперативність обслуговування, доступ до соціальної підтримки і комунікації.

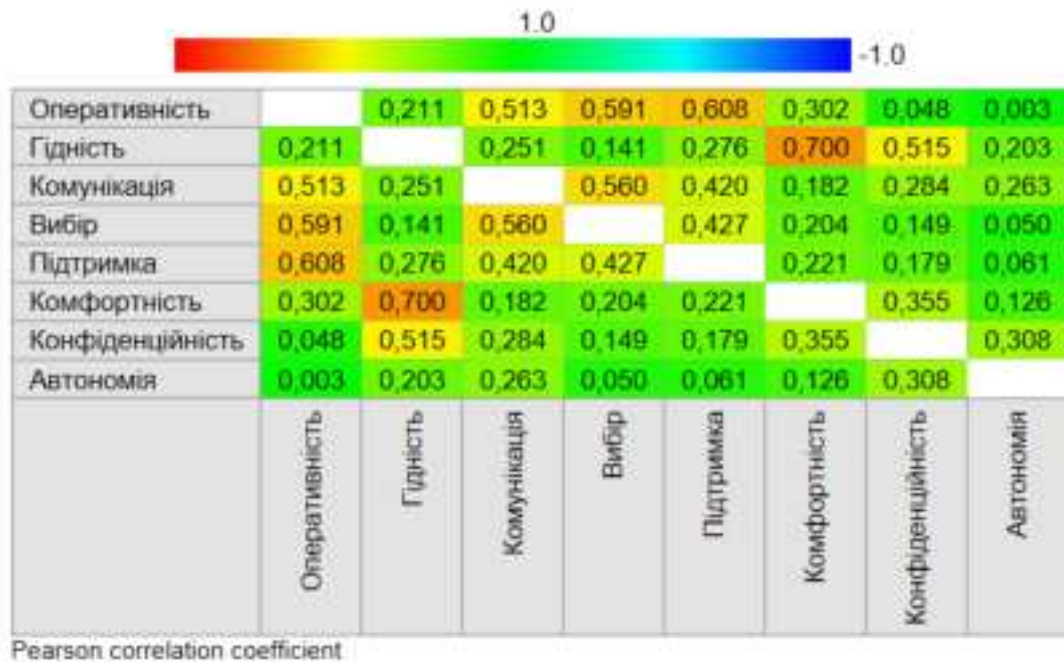


Рис. 5.2 Кореляційні зв'язки між окремими елементами респонсивності ОЗ на запити щодо реабілітації військовослужбовців (лінійні коефіцієнти кореляції Пірсона,  $r$ )

## 5.2 Типи ставлення до хвороби як психоемоційний чинник формування чутливості охорони здоров'я

Із застосуванням методика психологічної діагностики типів відношення до хвороби було обстежено 135 учасників бойових дій на реабілітації.

За розповсюдженістю окремих, ізольованих типів відношення до хвороби у обстежених військовослужбовців із частотою 37,04 % (95 % ДІ 29,36 - 45,44) переважав іпохондричний тип (табл. 5.3), що характеризується постійною і надмірною фіксацією уваги пацієнта на своєму фізичному стані, здоров'ї. Далі у порядку убунання розташувалися такі типи відношення до хвороби, як дисфоричний (характеризується дратівливістю, гнівливістю та емоційною нестабільністю), ергопатичний (характеризується тим, що людина намагається

повністю ігнорувати свій стан здоров'я, фокусуючись на роботі чи іншій діяльності), меланхолічний (характеризується схильність до постійного відчуття смутку, тривоги, безвиході), анозогнозичний (характеризується запереченням наявності хвороби), егоцентричний (характеризується схильністю до перебільшення своїх симптомів та вимогами особливої уваги з боку оточуючих) та неврастенічний (характеризується підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, емоційною нестабільністю, а також тривожністю).

Таблиця 5.3

**Розповсюдженість типів відношення до хвороби серед обстежених  
військовослужбовців на реабілітації за методикою ТВДХ**

Тип (ізолювано)	Частота розповсюдженості		Тип (комбіновано)	Частота розповсюдженості	
	n	% (95 % ДІ)		n	% (95 % ДІ)
Г – гармонійний	3	2,22 (0,76 - 6,33)	МІ	10	7,41* (4,07 - 13,1)
Р – ергопатичний	39	28,89* (21,91 - 37,03)	ІД	9	6,67 (3,55 - 12,18)
З – анозогнозичний	25	18,52* (12,87 - 25,91)	ІН	7	5,19 (2,53 - 10,32)
Т – тривожний	2	1,48 (0,41 - 5,24)	РН	5	3,7 (1,59 - 8,38)
І – іпохондричний	50	37,04* (29,36 - 45,44)	НР	4	2,96 (1,16 - 7,37)
Н – неврастенічний	14	10,37* (6,28 - 16,66)	РМ	3	2,22 (0,76 - 6,33)
М – меланхолічний	29	21,48 (15,39 - 29, *15)	НЕ	3	2,22 (0,76 - 6,33)
А – апатичний	4	2,96 (1,16 - 7,37)	ЗЕ	3	2,22 (0,76 - 6,33)
С – сенситивний	2	1,48 (0,41 - 5,24)	НІ	3	2,22 (0,76 - 6,33)
Е – егоцентричний	23	17,04* (11,63 - 24,27)	ЗН	3	2,22 (0,76 - 6,33)
П – паранойяльний	2	1,48 (0,41 - 5,24)	НРМ	3	2,22 (0,76 - 6,33)
Д – дисфоричний	45	33,33* (25,94 - 41,65)	ІРМ	3	2,22 (0,76 - 6,33)

Примітка. \* – розбіжності порівняно з гармонійним типом на рівні  $p < 0,05$  за критерієм  $\chi^2$  Пірсона

Такі типи, як гармонійний (відзначається збалансованим, спокійним ставленням до свого стану здоров'я), тривожний (характеризується постійною тривогою щодо свого здоров'я), сенситивний (відрізняється підвищеною чутливістю до свого стану), апатичний (характеризується байдужістю до свого здоров'я та лікування, ігноруванням рекомендацій, відсутністю інтересу до процесу одужання), та паранойяльний (характеризується підозрілістю, схильністю до пошуку зовнішніх винуватців у своїх проблемах), мають незначні прояви серед військовослужбовців і зустрічаються суттєво рідше.

За результатами обстеження було визначено, що тільки один домінуючий тип відношення до хвороби спостерігається у 25-ти обстежених (18,52 %), у такої ж кількості дифузний тип (25 – 18,52 %), у переважаючої більшості спостерігався змішаний тип відношення до хвороби – 85 обстежених (62,96 %).

Серед змішаних типів відношення до хвороби найчастіше зустрічався меланхолічно – іпохондричний тип та іпохондрично – дисфоричний тип, серед дифузних: неврастенічно – ергопатично – меланхолічний та іпохондрично – ергопатично – меланхолічний. Потрібно зазначити, що дифузні типи характеризувалися різноманітністю й окремі сполучення зустрічалися у поодиноких випадках.

Аналіз узагальненого профілю типу відношення до хвороби серед обстежених військовослужбовців (рис. 5.3) показав, що згідно усереднених даних, основний вид реагування на отримані поранення (захворювання) це ергопатично – іпохондрично - дисфоричний тип.

В узагальненому профілі найменший прояв виявляється у сенситивного ставлення до хвороби, який також характеризується незначною частотою прояву. Отже обстежені військовослужбовці не заклопотані про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на інших. Вони практично не відчують побоювання, що оточуючі будуть ставитися до них зневажливо або відсторонено, будуть їх уникати, вважати неповноцінним.

Узагальнений профіль ставлення до хвороби вказує на те, що військовослужбовці, які зазнали поранень, часто проявляють комбінацію високої

продуктивності та працездатності (ергопатичний тип) разом із надмірною фіксацією на своєму здоров'ї та симптомах (іпохондричний тип), що супроводжується відчуттям тривоги та дратівливістю (дисфоричний тип). Це свідчить про складний психоемоційний стан військовослужбовців, що потребує відповідного підходу до реабілітації.

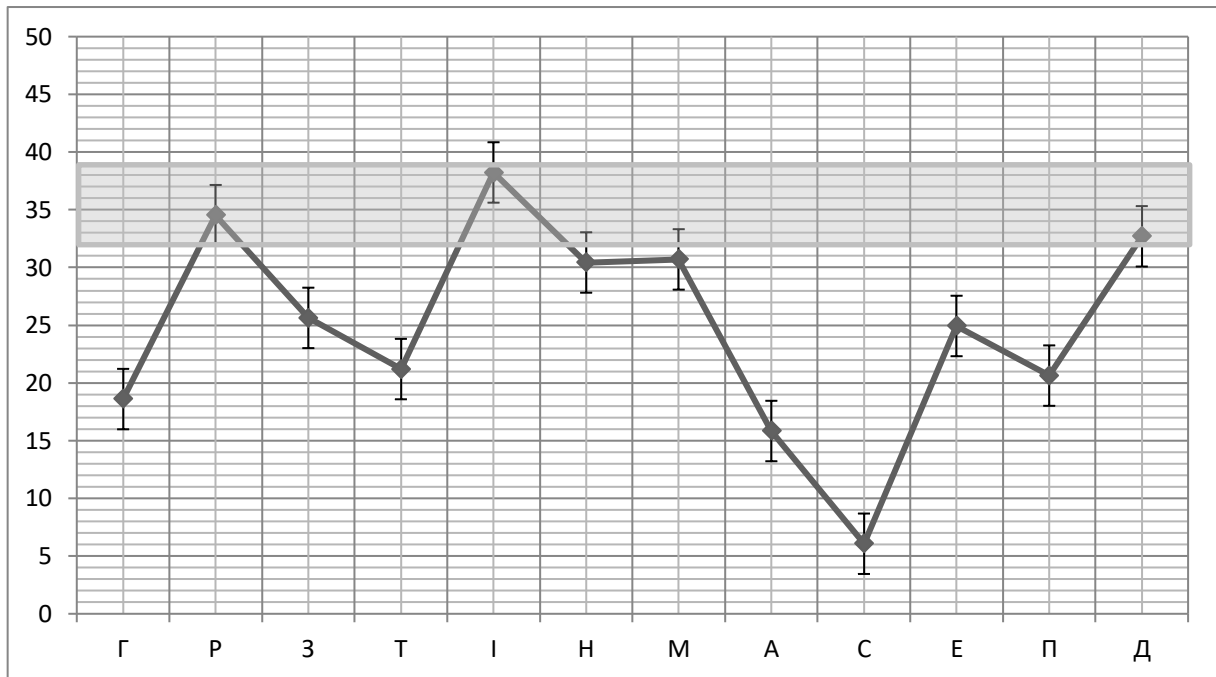


Рис. 5.3 Узагальнений профіль типу відношення до хвороби серед обстежених військовослужбовців на реабілітації (середній бал з 95 % ДІ)

Примітки: Тип відношення до хвороби: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогностичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолічний; А – апатичний; С – сенситивний; Е – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний

Визначення типів ставлення до хвороби за методикою ТВДХ дозволяє об'єднати 12 типів реагування на хворобу у три блоки. Адаптивний блок, що включає гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи, свідчить про стабільність психічної та соціальної адаптації до захворювання. Блок дезадаптивної інтрапсихічної реакції, що включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний типи, проявляється роздратованістю, слабкістю, пригніченістю, тривогою, посиленням тривожності та «відходом у хворобу» або капітуляцією перед нею. Блок інтерпсихічного реагування, до якого входять сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та

паранояльний тип, характеризується підвищеною сенсibilізацією до хвороби, що здебільшого залежить від преморбідних особливостей особистості. Можливі прояви дезадаптивної поведінки, як-от приховування хвороби від оточуючих, використання її у своїх цілях або звинувачення оточення у власному стані тощо [163, 164].

При аналізі розподілу типів реагування на захворювання за блоками, виявлено, що у обстежених військовослужбовців (рис. 5.4) типи реагування на хворобу з інтерпсихічною дезадаптацією склали 8,89 %, типи з інтрапсихічною дезадаптацією – 58,52 % і більше ніж у третини (32,59 %) домінують адаптивні типи реагування на хворобу. Отже разом типи відношень до хвороби, що характеризуються порушенням особистісної і психосоціальної адаптації склали 67,41 % при домінуванні інтрапсихічної дезадаптації над інтерпсихічною.

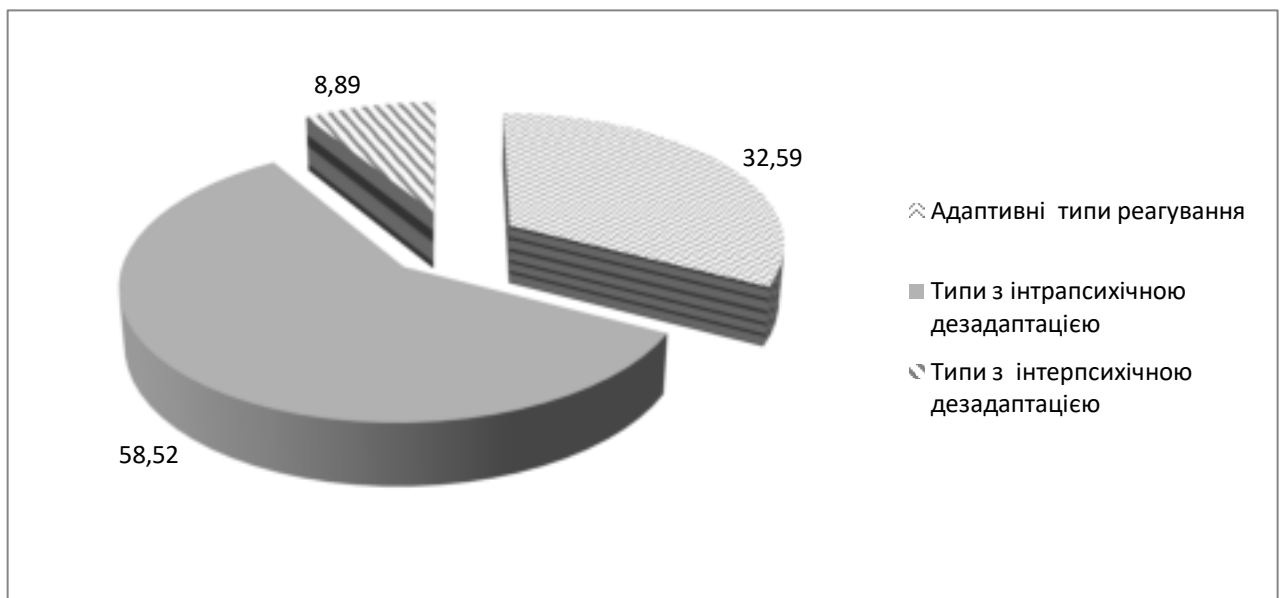


Рис. 5.4 Структура типів відношення до хвороби обстежених військовослужбовців на реабілітації (у %)

Враховуючи це, можна стверджувати, що більшість військовослужбовців мають проблеми з адаптацією до хвороби на рівні особистості та соціальних відносин. Це може включати проблеми керування власними емоціями, налагодженням стосунків з близькими та оточенням тощо. Переважання

інтрапсихічної дезадаптації вказує на те, що більшість проблем лежить у площині внутрішнього світогляду особистості і може свідчити про потреби в психологічній підтримці.

Аналіз кореляційних зв'язків (табл. 5.4) показав потужні прямі кореляційні зв'язки між дисфоричним та іншими типами відношення до хвороби: гармонійним ( $r_s=0,59$ ;  $p<0,001$ ), іпохондричним ( $r_s=0,42$ ;  $p<0,001$ ) і неврастенічними ( $r_s=0,44$ ;  $p<0,001$ ). Найбільш сильні зворотні зв'язки спостерігалися між іпохондричним та ергопатичним типами ( $r_s=-0,40$ ;  $p<0,001$ ), між гармонійним та ергопатичним типами ( $r_s=-0,56$ ;  $p<0,001$ ) відношення до хвороби

Таблиця 5.4

**Кореляційні зв'язки між типами відношення до хвороби обстежених  
військовослужбовців на реабілітації (рангові коефіцієнти кореляції  
Спірмена -  $r_s$ )**

Ти- пи	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Е	П	Д
Г		-0,56*	0,19*	-0,08	0,29*	0,31*	-0,03	0,35*	0,14	-0,07	0,00	0,59*
Р	-0,56*		-0,07	0,00	-0,40*	-0,08	-0,10	-0,13	-0,08	-0,07	-0,15	-0,45*
З	0,19*	-0,07		-0,11	-0,03	0,19*	-0,14	0,19*	0,07	0,01	-0,08	0,22*
Т	-0,08	0,00	-0,11		-0,29*	-0,08	0,25	-0,06	-0,16	0,03	0,13	-0,22*
І	0,29*	-0,40*	-0,03	-0,29*		0,05	0,16	-0,08	0,08	-0,08	0,01	0,42*
Н	0,31*	-0,08	0,19*	-0,08	0,05		-0,32*	0,36*	-0,03	-0,11	0,01	0,44*
М	-0,03	-0,10	-0,14	0,25*	0,16	-0,32*		-0,25*	-0,12	0,07	0,00	-0,18*
А	0,35*	-0,13	0,19*	-0,06	-0,08	0,36*	-0,25*		-0,17	-0,02	-0,02	0,24*
С	0,14	-0,08	0,07	-0,16	0,08	-0,03	-0,12	-0,17		-0,24*	-0,05	0,19*
Е	-0,07	-0,07	0,01	0,03	-0,08	-0,11	0,07	-0,02	-0,24*		0,09	-0,18*
П	0,00	-0,15	-0,08	0,13	0,01	0,01	0,00	-0,02	-0,05	0,09		-0,01
Д	0,59*	-0,45*	0,22*	-0,22*	0,42*	0,44*	-0,18*	0,24*	0,19*	-0,18*	-0,01	

Примітки: Тип відношення до хвороби: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогностичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолічний; А – апатичний; С – сенситивний; Е – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний;

\*– статистична значущість коефіцієнта кореляції на рівні  $p<0,05$

Гармонійний тип відношення до хвороби вирізняється стабільністю та здатністю до конструктивної адаптації, що підтверджується його позитивними кореляціями з адаптивними варіантами реагування та негативними з

дезадаптивними. Ергопатичний тип, навпаки, виявляє ознаки потенційної дезадаптації, про що свідчать зворотні зв'язки з адаптивними типами і прямі з дезадаптивними. Анозогнозичний тип супроводжується підвищеною вразливістю до хвороби, що відображається у його позитивних кореляціях з дезадаптивними формами реагування, зокрема з підвищеним рівнем тривожності та дратівливості. Для тривожного типу характерна негативна асоціація з адаптивними реакціями і позитивна з дезадаптивними, що свідчить про виражені труднощі у стресоподоланні при пристосуванні до захворювання.

Загалом, результати кореляційного аналізу підкреслюють різні аспекти взаємозв'язків між типами реагування на захворювання, що може впливати на розробку персоналізованих підходів до реабілітації та психологічної підтримки осіб з різними типами реагування.

Врачування типів відношення до хвороби повинно відбуватися при забезпеченні респонсивності ОЗ при реабілітації військовослужбовців (рис. 5.5).

Різні типи реакції на хворобу (поранення) військовослужбовців при реабілітації потребують адекватного відгуку практично за всіма з елементами чутливості ОЗ при пріоритетності гідності зі сфери поваги до людини та оперативності обслуговування зі сфери орієнтації на клієнта. Військові, що мають ергопатичний тип реакції, можуть бути особливо чутливі до оперативності медичного обслуговування, оскільки швидка реакція на їх потреби може допомогти зменшити відчуття безпорадності та стресу. Також для них важливо забезпечити комфортні умови, оскільки це допоможе створити позитивний середовище для відновлення.

Забезпечення чіткої, відкритої та послідовної комунікації медичного персоналу з пацієнтами, схильними до іпохондричного типу реагування на захворювання, сприяє зниженню рівня їх тривожності та відчуття невизначеності. Додатковим чинником стабілізації емоційного стану таких хворих є гарантована конфіденційність їх медичної інформації та надійний захист персональних даних.

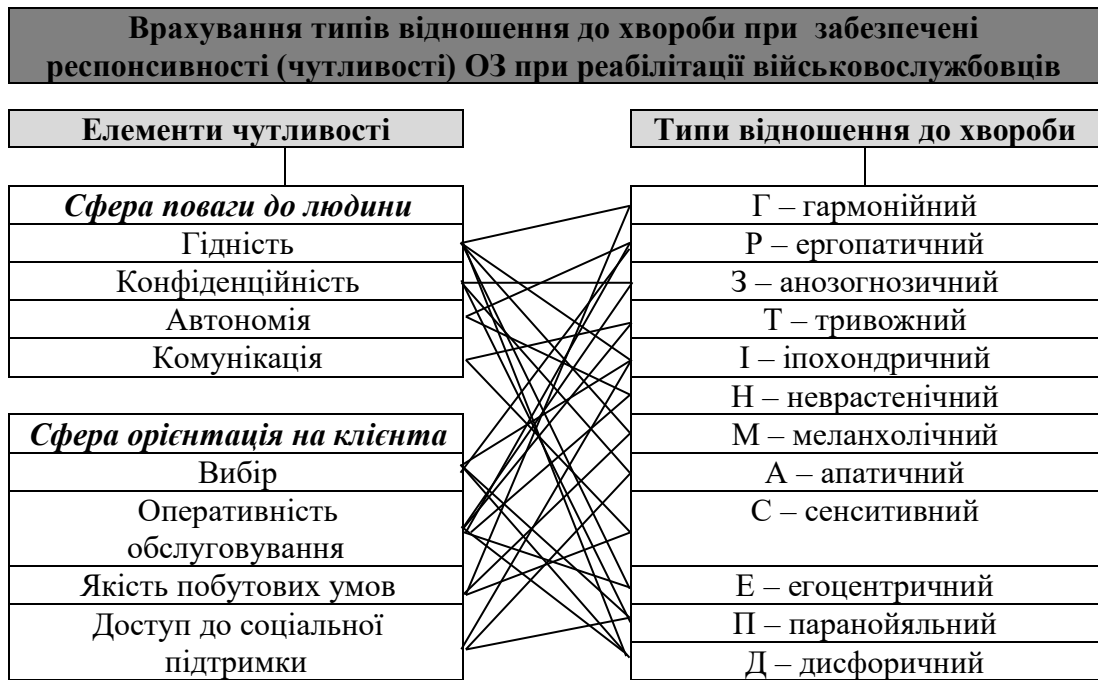


Рис. 5.5 Елементи чутливості ОЗ, уваги до яких потребують різні типи реакції на хворобу військовослужбовців при реабілітації

Військові, які проявляють переважно дисфоричний тип реакції, можуть відчувати негативні емоції, такі як роздратування чи депресію, тому забезпечення їхньої гідності при реабілітації може допомогти полегшити їх психологічний стан та підвищити загальне самопочуття. Пацієнти із даним типом реагування можуть мати виражену потребу у відновленні суб'єктного контролю над життєвими обставинами. Надання їм права брати участь у прийнятті клінічних рішень щодо реабілітаційних втручань сприяє покращенню їх психоемоційного стану та підвищує ефективність реабілітаційного процесу.

Особи з ергопатичними або дисфоричними формами реагування на хворобу, як правило, надають перевагу можливості самостійного вибору фахівців з реабілітації, що викликають їх довіру.

Належні побутові умови перебування у закладі охорони здоров'я, реабілітаційному центрі можуть істотно зменшити рівень стресу та тривожності військовослужбовців, що є особливо важливим для пацієнтів із сенситивним або меланхолійним типом реакції на захворювання.

У разі поєднання ергопатичних, іпохондричних та дисфоричних характеристик у структурі ставлення до захворювання або порнення, серед пріоритетних елементів респонсивності системи охорони здоров'я визначаються: повага до людської гідності, ефективна комунікація, забезпечення конфіденційності медичної інформації, швидкість обслуговування, право вибору постачальників послуг, підтримка автономності та якість побутових умов.

#### **Висновки до розділу 4**

Інтерв'ювання військовослужбовців показало їх високий рівень очікувань у відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. Середній показник очікувань чутливості ОЗ склав 8,9 (95 % ДІ 8,6 – 9,2) балів із 10-ти максимально можливих із дещо більшими запитами щодо поваги до гідності ніж орієнтації на пацієнта, як клієнта.

Найвищі оцінки та найбільша узгодженість думок серед військовослужбовців були виявлені щодо таких аспектів респонсивності системи охорони здоров'я, як повага до людської гідності, дотримання конфіденційності, ефективна комунікація та належні побутові умови. Натомість найменш пріоритетними і менш узгодженими у сприйнятті респондентів виявилися питання автономії пацієнтів, можливості вибору постачальників реабілітаційних послуг і оперативності обслуговування. Це, ймовірно, обумовлено жорстким нормативним регулюванням зазначених аспектів у системі медичного забезпечення військових. При цьому серед осіб з вищою освітою спостерігається вищий рівень очікувань щодо їх участі в ухваленні рішень стосовно власного лікування і реабілітації ( $r_s = -0,28$ ;  $p = 0,048$ ).

Профіль очікувань військовослужбовців щодо респонсивності ОЗ суттєво відрізняється від запитів інших груп населення. Зокрема, вони приділяють більше уваги побутовим умовам та соціальній підтримці, ніж внутрішньо переміщені особи чи представники широких верств населення.

Результати кореляційно-регресійного аналізу свідчать, що ключовими детермінантами відгуку системи охорони здоров'я на запити

військовослужбовців у процесі реабілітації є повага до гідності, конфіденційність і якість побутових умов. Водночас, встановлено статистично значущі зв'язки між різними компонентами респонсивності та їх кореляції із загальною оцінкою ( $R^2=84,3\%$ ;  $p<0,001$ ), що вказує на доцільність комплексного підходу до підвищення чутливості галузі шляхом формування етичного ставлення до пацієнтів, гарантування захисту персональних даних і створення комфортного середовища перебування хворих.

Аналіз профілю типів ставлення до хвороби серед обстежених військовослужбовців показав, що більше половини обстежених мали порушення особистісної та психосоціальної адаптації до хвороби (67,41 %) та змішані типи реагування на неї (62,96 %).

Загалом, основний вид реагування на захворювання (поранення) серед обстежених військовослужбовців можна охарактеризувати як ергопатично – іпохондрично – дисфоричний, частота реагування відповідно 28,9 % (95 % ДІ 21,9 - 37,0), 37,0 % (95 % ДІ 29,4 - 45,4) та 33,3 % (95 % ДІ 25,9 - 41,7), що свідчать про складний психоемоційний стан військовослужбовців, який потребує відповідного підходу до реабілітації, зокрема забезпечення достатнього відгуку на їх неклінічні запити.

Особливо важливо забезпечити оперативність медичного обслуговування, що може допомогти знизити відчуття безпорадності та стресу. Чітка, відкрита та прозора комунікація, а також забезпечення конфіденційності є ключовими факторами для зменшення тривожності. Військовослужбовці потребують особливої уваги до їхньої гідності та можливості брати участь у виборі постачальників послуг та у прийнятті рішень щодо лікування, що сприятиме поліпшенню їхнього психологічного стану та ефективності реабілітації. Забезпечення комфортних умов перебування в закладі охорони здоров'я також є важливим для стресоподолання.

Врахування типів ставлення до хвороби серед військовослужбовців та адекватний відгук на їх неклінічні запити здатні забезпечити комплексний підхід до їх фізичного та психічного відновлення та посприяти підвищенню

ефективності реабілітаційних заходів.

**Матеріали розділу знайшли відображення у роботах автора:**

1. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 20243(77):87–93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14> [109].
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. Intermedical journal. 2025;(1):136–142. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-1-24> [175].

## РОЗДІЛ 6

### НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІДГУКУ

#### 6.1 Респонсивність системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців: оцінка надавачами з позицій процесного підходу

Із застосуванням соціологічного методу було проведено опитування надавачів медичних послуг Дніпропетровської області, які виступали у якості ключових респондентів у питаннях організації реабілітаційної допомоги військовослужбовцям (див. розділ 2).

На думку опитаних ключових респондентів, загальна оцінка діяльності системи охорони здоров'я щодо забезпечення сфери поваги до гідності пацієнтів, яка складається з елементів гідності, автономії, комунікації і конфіденційності, при реабілітації військовослужбовців складає 6,6 бали (95 % ДІ 6,1 – 7,0) та статистично суттєво не відрізняється ( $p=0,304$ ) від оцінки споживчої сфери (рис. 6.1). Сфера відношення до пацієнта, як клієнта, що складається із таких елементів, як оперативність/швидкість обслуговування, якість побутових умов у закладі охорони здоров'я, вибір постачальників медичних послуг та доступ до соціальної підтримки під час лікування, оцінюється дещо нижче – у 6,1 бали (95 % ДІ 5,6 – 6,5) за 10-ти бальною шкалою, де 1 – найменший рівень, а 10-ть – найбільший рівень.

В цілому відгук (чутливість, респонсивність) системи охорони здоров'я щодо комплексної реабілітації військовослужбовців оцінюється опитаними у 6,3 бали (95 % ДІ 5,6 – 7,0), що на 3,7 баліи (95 % ДІ 3,0 – 4,4) або на 37 % нижче максимально можливого рівня.

Детальний аналіз за доменами (табл. 6.1) показав, що серед основних елементів респонсивності найбільшого забезпечення набувають конфіденційність, повага до людської гідності та оперативність обслуговування; найменшого, менше за половину від максимально можливого – комунікація та якість побутових умов. Невисокі бали рівня забезпеченості зафіксовані для

автономії та для елементів сфери орієнтації на пацієнта, як клієнта – свободи вибору надавачів послуг, оперативності обслуговування та доступу до соціальної підтримки.

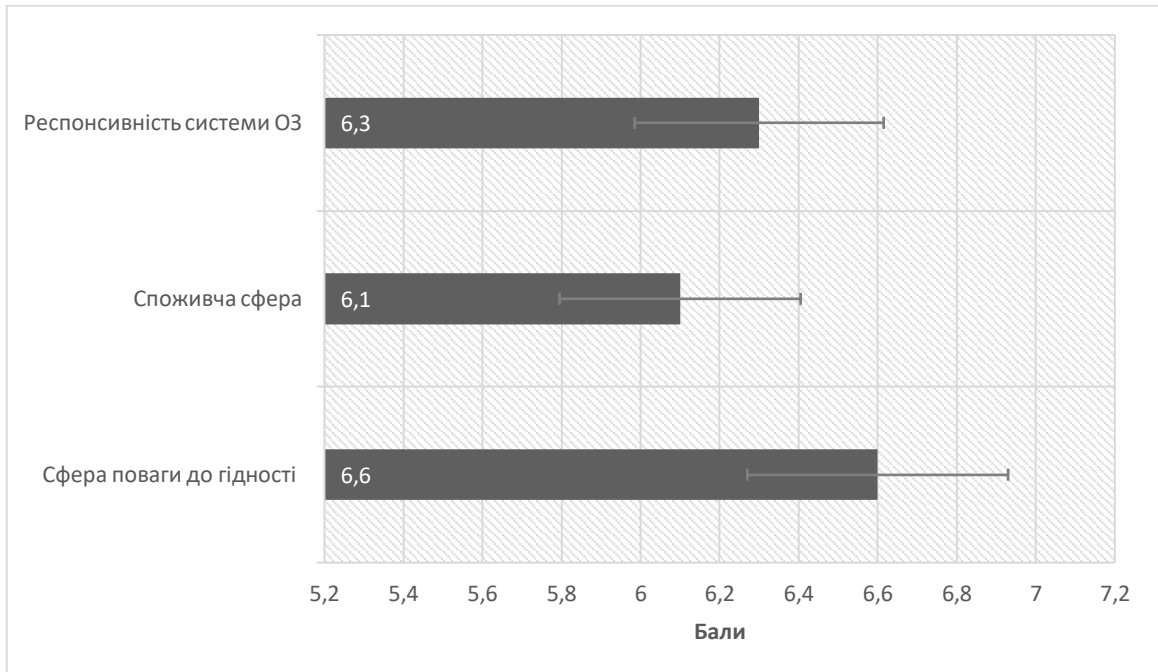


Рис. 6.1 Середня оцінка забезпечення чутливості системи охорони здоров'я щодо комплексної реабілітації військовослужбовців загалом та за основними доменами на думку ключових респондентів (М та 95 % ДІ)

При цьому, важливість окремих елементів чутливості ОЗ оцінюється суттєво вище ( $p < 0,001$ ) і сягає понад 9-ти балів практично для всіх елементів, окрім, свободи вибору провайдера пацієнтами та їх автономії у прийнятті медичних рішень. Це пояснюється специфікою медичного обслуговування і реабілітації військовослужбовців, нормативною урегульованістю цих процесів, які не обґрунтовано обмежують свободу вибору та автономію пацієнтів у прийнятті медичних рішень.

Загалом спостерігається тенденція збільшення розриву між очікуваннями та реальним забезпеченням основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців.

Таблиця 6.1

**Оцінка ключовими респондентами важливості та забезпеченості системою охорони здоров'я окремих елементів чутливості при реабілітації військовослужбовців**

Елементи чутливості	Середні оцінки за 10-ти бальною шкалою – М (95 % ДІ)		р рівень*
	Забезпечення елемента	Важливість елемента	
<i>Сфера поваги до людини</i>			
Повага до гідності	6,6 (6,1 – 7,0)	9,9 (9,8 – 10,0)	<0,001
Конфіденційність	7,8 (7,5 – 8,1)	9,9 (9,8 – 10,0)	<0,001
Автономія	5,4 (4,9 – 5,9)	7,6 (7,2 – 8,0)	<0,001
Комунікація	4,9 (4,3 – 5,5)	9,5 (9,2 – 9,9)	<0,001
<i>Сфера орієнтації на клієнта</i>			
Вибір	5,3 (5,0 – 5,6)	6,8 (6,5 – 7,2)	<0,001
Оперативність обслуговування	5,9 (5,5 – 6,3)	9,6 (9,4 – 9,9)	<0,001
Якість побутових умов	4,3 (3,6 – 4,9)	9,5 (9,2 – 9,8)	<0,001
Доступ до соціальної підтримки	5,7 (5,1 – 6,2)	9,6 (9,4 – 9,9)	<0,001

Примітка: \* – рівень значущості критерія Стьюдента для пов'язаних вибірок

Аналіз взаємозв'язку середніх рівнів оцінок важливості та забезпеченості основних елементів респонсивності ОЗ (рис. 6.2) показав, що такі аспекти, як повага до гідності, комунікація, оперативність обслуговування, якість побутових умов та доступ до соціальної підтримки, мають високу оцінку важливості (близько 9 – 10 балів), але рівень їх забезпеченості не завжди достатньо високий, що свідчить про можливий дефіцит у реалізації цих компонентів. Конфіденційність демонструє високий рівень забезпеченості, що відповідає її важливості, отже система охорони здоров'я більш ефективно забезпечує цей компонент.

Перешкодою ефективному забезпеченню адекватного відгуку системи охорони здоров'я на запити щодо комплексної реабілітації військовослужбовців є низка проблем організаційного, правового та іншого характеру (рис. 6.3).

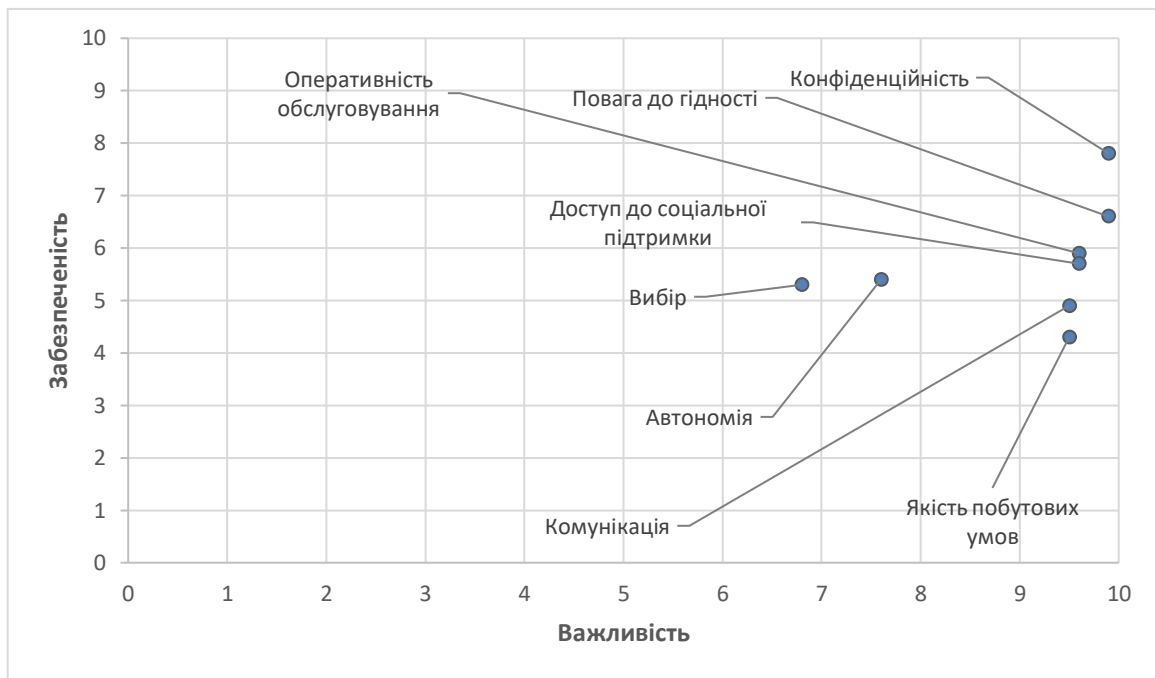


Рис. 6.2 Зв'язок середніх рівнів оцінок важливості та забезпеченості основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців

Найчастіше, на думку ключових респондентів, галузь стикається з проблемами фінансового (недостатність фінансування, недосконалість наповнення відповідних пакетів медичних послуг, складнощі отримання відповідних пакетів медичних послуг тощо) – 94,7 % (95 % ДІ 85,3 - 98,9) та організаційного характеру (нестача необхідного обладнання, кадрового забезпечення, відсутність наступності медичної допомоги, несвоєчасність звернення тощо) – 96,5 % (95 % ДІ 87,9 - 99,6).

Серед інших викликів, зі зменшенням частоти відповідей, опитані відзначають проблеми правового (недосконалість правового регулювання, відсутність необхідних документів, тощо) – 86,0 % (95 % ДІ 74,3 - 93,8), психологічного (чуттєвий психо-емоційний стан пацієнтів, конфліктні ситуації тощо) та медичного характеру (тяжкість стану, наявність ускладнень, підвищені ризики захворювань тощо) – частота відповідей відповідно 80,7 % (95 % ДІ 68,1 - 90,0) та 75,4 % (95 % ДІ 62,2 - 85,8).

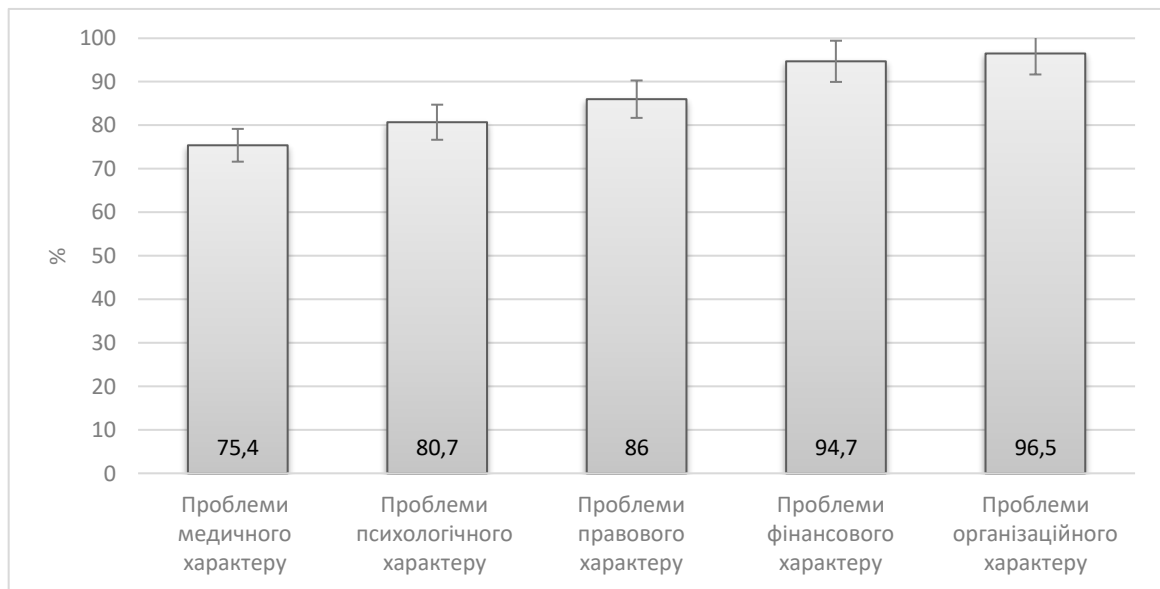


Рис. 6.3 Проблеми з якими стикається територіальна система ОЗ при забезпеченні відгуку на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації (частота відповідей ключових респондентів (%) та 95 % ДІ)

Кореляційний аналіз показує, що забезпечення окремих елементів респонсивності та чутливості в цілому, зворотно корелює із проблемами при забезпеченні відгуку на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації (табл. 6.2). Чим більше труднощів, особливо фінансових ( $r_s = -0,52$ ;  $p < 0,001$ ), організаційних ( $r_s = -0,53$ ;  $p < 0,001$ ) та правових ( $r_s = -0,53$ ;  $p < 0,001$ ), тим гірше оцінюється забезпечення респонсивності загалом і за окремими елементами.

Медичні та психологічні проблеми меншою мірою пов'язані із респонсивністю, корелюючи лише із конфіденційністю, але, якщо клінічні труднощі зменшують її забезпеченість ( $r_s = -0,39$ ;  $p = 0,002$ ), то проблеми психологічного характеру призводять до посиленої уваги до неї ( $r_s = 0,35$ ;  $p = 0,008$ ).

Правові проблеми мають значний негативний зв'язок із респонсивністю, найсильніший негативний зв'язок виявлено між правовими проблемами та оперативністю обслуговування ( $r_s = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ), автономією ( $r_s = -0,59$ ;  $p < 0,001$ ) і комунікацією ( $r_s = -0,54$ ;  $p < 0,001$ ), що вказує на те, що юридичні

труднощі безпосередньо впливають на швидкість реагування, право на самостійний вибір і ефективне спілкування.

Таблиця 6.2

**Кореляційні зв'язки між забезпеченням окремих елементів респонсивності та проблемами із відгуком на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації (коефіцієнти рангової кореляції Спірмена –  $r_s$ )**

Елементи респонсивності	Проблеми				
	правові	медичні	організаційні	фінансові	психологічні
Повага до гідності	-0,42*	-0,16	-0,25	-0,27*	0,01
Конфіденційність	-0,46*	-0,39*	0,37*	0,21	0,35*
Автономія	-0,59*	-0,18	-0,47*	-0,38*	-0,23
Комунікація	-0,54*	-0,2	-0,42*	-0,4*	-0,1
Сфера поваги до людини	-0,33*	-0,13	-0,22	-0,21	-0,05
Вибір	-0,17	-0,23	0,12	0,1	0,05
Оперативність обслуговування	-0,67*	-0,23	-0,23	-0,14	-0,21
Якість побутових умов	-0,53*	-0,23	-0,49*	-0,51*	-0,05
Доступ до соціальної підтримки	-0,39*	-0,05	-0,42*	-0,38*	-0,13
Сфера орієнтації на клієнта	-0,32*	-0,07	-0,38*	-0,31*	-0,19
Респонсивність в цілому	-0,53*	-0,28*	-0,53*	-0,52*	-0,10

Примітка: \* – статистично значущості коефіцієнти кореляції на рівні  $p < 0,05$

Фінансові та організаційні проблеми суттєво впливають на загальний відгук при реабілітації, знижуючи його, переважно, через доступ до якісних побутових умов ( $r_s = -0,51$ ;  $p < 0,001$  та  $r_s = -0,49$ ;  $p < 0,001$  відповідно), соціальної підтримки ( $r_s = -0,38$ ;  $p = 0,003$  та  $r_s = -0,42$ ;  $p = 0,001$  відповідно) та неефективні комунікації ( $r_s = -0,40$ ;  $p = 0,002$  та  $r_s = -0,42$ ;  $p = 0,001$  відповідно).

Отже, чим більше є невирішених фінансових, організаційних та правових питань при реабілітації військовослужбовців, тим нижче рівень чутливості медичного обслуговування, і навпаки – недостатній відгук галузі на запити даного контингенту призводить до виникнення більшої кількості проблемних ситуацій.

## 6.2 Концептуальна модель оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації та оцінка її ефективності

Для адаптації системи ОЗ до запитів військовослужбовців щодо комплексної реабілітації шляхом нормативного, ресурсного та структурного удосконалення було розроблено концептуальну модель (рис. 6.4).

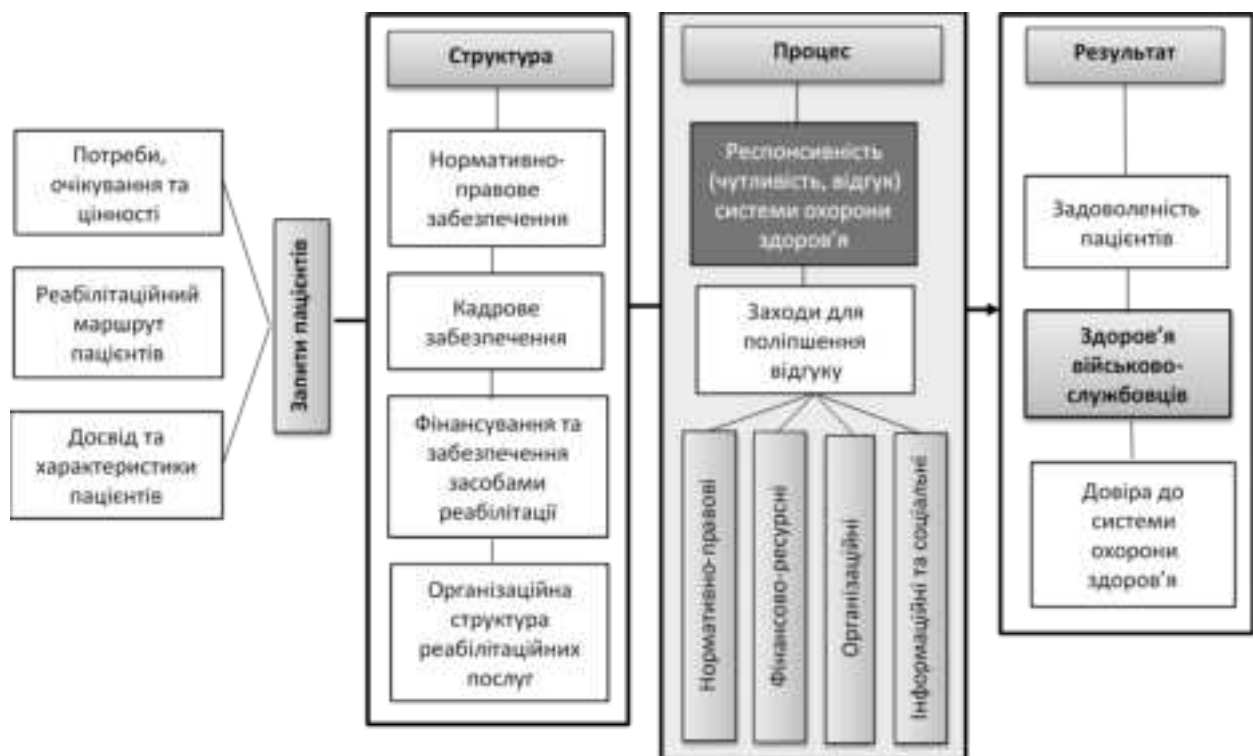


Рис. 6.4 Концептуальна моделі оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації

Модель було побудовано на підставі поглядів щодо чутливості ОЗ, як процесу, який на тіл наявних структурних умов безпосередньо впливає на результат – покращення здоров'я пацієнтів та рівень їх задоволеності [111, 112]. Ключовим елементом моделі є взаємодія між запитами пацієнтів, структурними компонентами системи та процесами реагування – відгуку на їх запити. Відповідно до моделі, досягнення оптимізації респонсивності ОЗ можливо через удосконалення нормативно-правового, фінансового, кадрового та організаційного забезпечення, що сприяє покращенню рівня здоров'я військовослужбовців, їх задоволеності і довіри до системи охорони здоров'я.

Серед заходів, які більшою мірою знайшли підтримку у ключових респондентів (табл. 6.3), з частотою більше 80 %: нормативно-правове врегулювання системи контролю якості реабілітації через незалежний аудит і зворотний зв'язок; удосконалення нормативів якості побутових умов у реабілітаційних закладах (харчування, розміщення, доступ до соціальних послуг тощо); збільшення фінансування та ресурсного забезпечення реабілітаційних програм за рахунок державних та міжнародних фондів; посилення кадрового потенціалу для надання реабілітаційних послуг; створення спеціального фонду підтримки реабілітації військових; організаційна оптимізація реабілітаційних маршрутів пацієнтів для забезпечення наступності медичного обслуговування та застосування електронних систем і сучасних цифрових методів для управління реабілітацією; посилення кадрового потенціалу шляхом збільшення профільних спеціалістів з реабілітації та залучення додаткових фахівців; запровадження системи індикаторів оцінки респонсивності та їх моніторинг (опитування пацієнтів, моніторинг рівня задоволеності); покращення інформаційної та соціальної взаємодії через підвищення рівня інформаційної підтримки; проведення інформаційних кампаній та роз'яснювальної роботи серед військових та оптимізація зворотного зв'язку; зміцнення комунікаційних навичок медичного персоналу, навчання їх ефективному спілкуванню з даною категорією пацієнтів.

Таблиця 6.3

**Заходи для оптимізації відгуку регіональної системи ОЗ на запити  
військовослужбовців щодо комплексної реабілітації на думку ключових  
респондентів**

Заходи	Частота відповідей (%) та 95 % ДІ
1	2
<b>Нормативно-правові заходи</b>	
Вдосконалення законодавства щодо права вибору надавачів реабілітаційних послуг і закладів для реабілітації.	78,9% (68,4% - 89,5%)
Актуалізація положень щодо автономії пацієнтів при прийнятті клінічних рішень з урахуванням специфіки організації медичного забезпечення військовослужбовців.	78,9% (68,4% - 89,5%)
Удосконалення стандартів якості побутових умов у реабілітаційних закладах (розміщення, харчування, доступ до соціальної підтримки тощо).	86,0% (76,9% - 95,0%)
Розширення нормативного підґрунтя для міжвідомчої взаємодії між закладами МОЗ, Міноборони, МВС, НСЗУ та іншими структурами.	64,9% (52,5% - 77,3%)
Запровадження чітких вимог до захисту персональних даних військовослужбовців і конфіденційності інформації в реабілітаційних програмах військових (спеціальні стандарти безпеки, посилення відповідальності за витік даних тощо).	71,9% (60,3% - 83,6%)
Формування системи незалежного контролю якості реабілітації через зовнішній аудит і механізми зворотного зв'язку.	93,0% (86,4% - 99,6%)
<b>Фінансові заходи та ресурсне забезпечення</b>	
Розширення обсягів державного фінансування та залучення міжнародної допомоги для модернізації реабілітаційних послуг.	93,0% (86,4% - 99,6%)
Створення цільового фонду підтримки військової реабілітації.	86,0% (76,9% - 95%)
Розширення державних медичних гарантій для реабілітації військовослужбовців.	78,9% (68,4% - 89,5%)
Модернізація реабілітаційних центрів, оновлення обладнання, поліпшення інфраструктури та побутових умов.	78,9% (68,4% - 89,5%)
Створення окремих просторів для психологічної реабілітації з урахуванням специфічних потреб військових.	71,9% (60,3% - 83,6%)
Забезпечення належного кадрового потенціалу для реабілітації військовослужбовців: підготовка, перепідготовка та залучення достатньої кількості представників мультидисциплінарних команд, зокрема лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевтів, психологів та інших фахівців.	93,0% (86,4% - 99,6%)
<b>Організаційні заходи</b>	
З урахуванням пацієнтоорієнтованого підходу, розробка та запровадження персоналізованих програм реабілітації з урахуванням специфічних потреб військовослужбовців.	78,9% (68,4% - 89,5%)
Покращення координації між медичними, соціальними та правовими структурами та взаємодії всередині мультидисциплінарних реабілітаційних команд.	71,9% (60,3% - 83,6%)
Зміцнення кадрового потенціалу шляхом підготовки і перепідготовки фахівців з реабілітації.	80,7% (70,5% - 90,9%)
Впровадження індикаторів оцінки респонсивності та їх регулярний моніторинг (опитування пацієнтів, надавачів послуг тощо).	86,0% (76,9% - 95,0%)
Оптимізація реабілітаційних маршрутів пацієнтів для забезпечення безперервності медичного обслуговування.	96,5% (91,7% - 99,9%)
Використання електронних систем управління реабілітацією та сучасних цифрових електронних систем обліку, моніторингу, телемедицини й дистанційної підтримки пацієнтів.	93,0% (86,4% - 99,6%)

## Продовження таблиці 6.3

1	2
<b>Інформаційні та соціальні заходи</b>	
Створення єдиної системи обліку та моніторингу стану здоров'я військовослужбовців.	76,0% (66,9% - 95,0%)
Зміцнення комунікативної компетентності та навичок ефективного спілкування з пацієнтами фахівців з реабілітації.	87,7% (79,2% - 96,2%)
Посилення інформаційної підтримки військових щодо їх прав та доступності реабілітаційних послуг.	94,7% (88,9% - 99,5%)
Удосконалення каналів зворотного зв'язку, в тому числі із застосуванням цифрових технологій (гарячі лінії, мобільні застосунки, чат-боти тощо).	93,0% (86,4% - 99,6%)
Розширення доступу військовослужбовців до соціальної, психологічної та правової допомоги.	74,2% (64,7% - 93,7%)
Забезпечення довготривалого медичного і психологічного супроводу військовослужбовців у процесі медико-соціальної інтеграції.	79,5% (71,5% - 97,4%)

На думку опитаних експертів при впровадженні запропонованої моделі та комплексу заходів із поліпшення ресурсного і кадрового забезпечення при достатніх обсягах фінансування, покращені інформаційної підтримки та соціальної взаємодії та інших, можливо підвищити відгук регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації до 8,9 (95 % ДІ 8,7 - 9,5) балів.

При цьому прогнозоване підвищення показників здоров'я військовослужбовців, якщо респонсивність територіальної ОЗ збільшиться до максимальних 10 балів, на думку опитаних, складатиме 14,2 % (95 % ДІ 7,6 % - 17,9 %).

Оцінка розробленої оптимізаційної моделі ключовим респондентами (табл. 6.4) показала високу узгодженість їх думок та низьку варіабельність відповідей ( $C_v < 10\%$ ). Найбільшу однотайність думок ключових респондентів та найбільшу бальну оцінку отримала доцільність застосування процесного підходу при поліпшенні відгуку системи ОЗ на обґрунтовані запити пацієнтів. Загальна дієвість моделі щодо можливості підвищувати респонсивність територіальної ОЗ була оцінена у 9,3 (9,1 - 9,5) бали з 10-ти можливих, а загальна результативність моделі щодо здатності призводити до поліпшення здоров'я військовослужбовців у 8,9 (8,7 - 9,2) бали.

Таблиця 6.4

**Оцінка експертами основних характеристик та результатів впровадження моделі оптимізації відгуку регіональної системи ОЗ на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації**

Характеристики та результати	Середні оцінки за 10-ти бальною шкалою М (95 % ДІ)	Сv
Доцільність застосування процесного підходу	9,7 (9,6 - 9,8)	4,84
Доцільність застосування нормативно-правових заходів	9,3 (9,1 - 9,5)	8,15
Доцільність застосування фінансово-ресурсних заходів	9,3 (9,1 - 9,5)	8,58
Доцільність застосування організаційних заходів	9,2 (9,0 - 9,4)	9,06
Доцільність застосування інформаційних та соціальних заходів	9,5 (9,4 - 9,7)	7,43
Загальна дієвість моделі	9,3 (9,1 - 9,5)	9,05
Загальна результативність моделі	8,9 (8,7 - 9,2)	9,15

Експерти підкресливали, що впровадження моделі впливає в кінцевому підсумку на здоров'я військовослужбовців через на безпосередній вплив на їх якість життя (ЯЖ). Це відбувається через формування чутливого, персоналізованого середовища реабілітації, в якому враховуються індивідуальні потреби військових, їх очікування та досвід. Забезпечення поваги до гідності, конфіденційності, доступ до якісних побутових умов і можливості брати участь у прийнятті клінічних рішень зменшує відчуття безпорадності, посилює суб'єктивне відчуття контролю, знижує рівень тривожності та стресу. Це сприяє емоційній стабілізації, покращенню психосоціального самопочуття та загальній задоволеності реабілітацією, що є ключовими складовими якості життя. В

результаті поліпшення ЯЖ виступає проміжною ланкою між респонсивністю системи ОЗ та покращенням здоров'я військовослужбовців.

Впровадження окремих елементів розробленої моделі у діяльність обласної реабілітаційної лікарні – КП «ДОСРЦ «Солоний Лиман» ДОР» (додатки В, Д) показало, що у період з 2021 по 2023 рік загальна кількість виписаних стаціонарних хворих збільшилась на 15,6 % та склала 4 195 осіб. Загальна кількість проведених виписаними хворими ліжко-днів за даний період збільшилась у 1,5 рази та склала 74 299 ліжко-днів.

Кількість стаціонарних хворих, що проходили лікування з приводу травми, отруєння та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин у 2022 році збільшилась у 1,5 рази порівняно з 2021 роком та становила 1001 особу. Кількість стаціонарних хворих, що проходили лікування з приводу хвороб нервової системи у період з 2021 по 2023 рік збільшилась вдвічі та становила 1146 осіб.

У структурі стаціонарних хворих частка хворих, що проходили лікування з приводу травми, отруєння та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин зросла з 19,0 % у 2021 році до 34,9 % у 2022 році. Частка стаціонарних хворих, що проходили лікування з приводу хвороб нервової системи у період з 2021 по 2023 рік зросла з 15,7 % до 27,3 %.

Кількість осіб, які закінчили лікування у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті) у період з 2021 по 2023 рік збільшилась на 10,1 % та становила 3 737 осіб (табл. 6.5). Кількість проведених процедур у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті) у період з 2021 по 2023 рік збільшилась на 10,1 % та становила 84 496 процедур.

Кількість осіб, які закінчили лікування у кабінеті ЛФК у період з 2021 по 2023 рік збільшилась на 17,0 % та становила 4 026 осіб. Кількість проведених процедур у кабінеті ЛФК у період з 2021 по 2023 рік зменшилась на 33,2 % та становила 40 260 процедур.

Кількість осіб, які закінчили лікування у кабінеті рефлексотерапії збільшилась у 1,7 рази та становила 855 осіб. Кількість проведених процедур у кабінеті рефлексотерапії збільшилась у 1,8 рази та становила 7 363 процедури.

Таблиця 6.5

**Діяльність фізіотерапевтичного відділення (кабінету), кабінету ЛФК та кабінету рефлексотерапії у 2021-2023 рр. у ЗОЗ із впровадженими елементами моделі**

Показники	2021	2023
<i>Діяльність фізіотерапевтичного відділення (кабінету)</i>		
Кількість осіб, які закінчили лікування	3393	3737
Кількість проведених процедур	76712	84496
<i>Діяльність кабінету ЛФК</i>		
Кількість осіб, які закінчили лікування	3442	4026
Кількість проведених процедур	60294	40260
<i>Діяльність кабінету рефлексотерапії</i>		
Кількість осіб, які закінчили лікування	494	855
Кількість проведених процедур	4161	7363

Аналіз діяльності ЗОЗ за три роки при впровадженні окремих елементів моделі, показав підвищення доступності та спроможності закладу надавати реабілітаційну допомогу ширшому колу пацієнтів. Значне зростання частки пацієнтів, які проходили лікування з приводу травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх причин, збільшення кількості таких хворих свідчить про зростання потреби у реабілітації саме серед військовослужбовців і постраждалих унаслідок бойових дій.

Зміни в діяльності відділень закладу демонструє адаптацію до потреб пацієнтів. Так, у фізіотерапевтичному відділенні кількість осіб, які завершили курс лікування й обсяг виконаних процедур зросли на 10,1 %, що свідчить про стабільне підвищення навантаження при збереженні показників ефективності. У кабінеті ЛФК спостерігається протилежна динаміка: незважаючи на зростання кількості пролікованих осіб на 17,0 %, кількість процедур зменшилася на 33,2 %, що може свідчити про оптимізацію призначень, впровадження менш тривалих,

але більш інтенсивних програм та переорієнтацію на інші методи реабілітації. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовані у діяльності кабінету рефлексотерапії: кількість пацієнтів збільшилася у 1,7 разів, а кількість процедур – у 1,8 разів, що вказує на зростання затребуваності цього методу серед пацієнтів і, ймовірно, на його ефективність у складі комплексних програм відновлення.

У сукупності наведені дані свідчать про позитивний вплив елементів моделі, орієнтованої на чутливе реагування системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів. Розширення доступу до реабілітаційної допомоги, збільшення частки цільових категорій хворих, підвищення навантаження на ключові відділення закладу та зростання інтересу до окремих методів терапії підтверджують ефективність впровадження моделі в умовах ЗОЗ. Це обґрунтовує доцільність перейняття такого досвіду й іншими закладами охорони здоров'я України, що надають реабілітаційні послуги.

### **Висновки до розділу 6**

Дослідження виявило, що при реабілітації військовослужбовців, спостерігається недостатній рівень респонсивності системи охорони здоров'я загалом (більше ніж на третину менше від максимально можливого рівня) та забезпеченості окремих елементів чутливості, передусім споживчої сфери.

Виявлено значні розбіжності між важливістю окремих елементів респонсивності при реабілітації військовослужбовців та оцінками рівня їх забезпечення на думку ключових респондентів. Найбільші розриви зафіксовані для елементів поваги до гідності, комунікацій, оперативності обслуговування, якості побутових умов та доступу до соціальної підтримки.

Виявлена висока, порівняно з іншими елементами, оцінка забезпечення конфіденційності медичних послуг, що свідчить про належний рівень збереження приватності військовослужбовців, і є позитивним аспектом чутливості системи охорони здоров'я.

Аналіз показав, що основними бар'єрами для покращення респонсивності є фінансові, організаційні та правові обмеження, які значно впливають, як на

загальний відгук системи ОЗ, так і на такі елементи чутливості, як оперативність обслуговування, автономію, комунікацію, доступ до якісних побутових умов та соціальної підтримки.

Запропоновано концептуальну модель оптимізації респонсивності, що включає запити пацієнтів, блоки структури, процесу (безпосередньо чутливості ОЗ) та результату із низкою заходів нормативно-правового регулювання, фінансового / ресурсного забезпечення, організаційної оптимізації та комунікаційної підтримки. Запровадження запропонованої моделі на практиці сприятиме підвищенню рівня респонсивності галузі до 8,9 (95 % ДІ 8,7 - 9,5) балів та у довгостроковій перспективі позитивно впливатиме на стан здоров'я військовослужбовців.

#### **Матеріали розділу знайшли відображення у роботах автора:**

1. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2024;3(77):87–93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14> [109].
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. Intermedical journal. 2025;(1):136–142. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-1-24> [175].

## РОЗДІЛ 7

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

У сучасних умовах, коли система охорони здоров'я стикається з нагальними викликами через війну, економічну та соціальні кризи, відновлення мережі спроможних медичних закладів та удосконалення системи охорони здоров'я стає критично важливим для покращення громадського здоров'я. Зміцнення систем охорони здоров'я, як на національному, так і на місцевому рівнях, базується на досягненні основних цілей діяльності: забезпечення здоров'я населення, фінансової справедливості та респонсивності (відгуку, чутливості) ОЗ. Базою досягнення ефективних систем охорони здоров'я є орієнтованість на населення, на його потреби та очікування щодо профілактичних, медичних і реабілітаційних заходів. Результативною стає лише та система ОЗ, яка покращує або підтримує громадське здоров'я, завдяки реагуванню на зміни потреб населення [98, 99, 102].

Чутливість (відгук, респонсивність, англ. responsiveness) системи охорони здоров'я отримала визначення 20 років тому, як ціль ОЗ, що трактується як ступінь реакції системи на законні очікування людей щодо неклінічних аспектів медичного обслуговування, які включають повагу до людської гідності, автономію, комунікацію, конфіденційність (разом особистісна сфера – повага до людини); оперативність обслуговування, якість побутових умов, вибір постачальників послуг та доступ до соціальної підтримки (разом споживча сфера – орієнтація на клієнта). Оцінка чутливості системи охорони здоров'я за рекомендаціями ВООЗ включає інтегральний показник та розподіл рівня чутливості серед населення з урахуванням відгуку на запити найбільш вразливих груп, таких як малозабезпечені, люди похилого віку, інваліди, пацієнти з психологічними та психіатричними потребами, внутрішньо переміщені особи та інші групи, що потенційно можуть піддаватися дискримінації [10]. До таких потенційно вразливих груп населення можливо віднести осіб, що мали досвід бойових дій, військовослужбовців, ветеранів тощо [179].

Одним із ключових наслідків воєнних дій є зростання кількості осіб, які мають потребу у колексній реабілітації та психологічному супроводі. Це стосується вимушених переселенців, біженців, учасників бойових дій [106]. Процес відновлення здоров'я військовослужбовців включає не лише клінічні втручання, а й охоплює соціальні, емоційні та психологічні аспекти. Забезпечення їх ефективної реабілітації потребує підвищеної чутливості системи охорони здоров'я до потреб цього контингенту. Врахування очікувань ветеранів щодо неклінічних аспектів реабілітаційного обслуговування є важливою умовою формування дієвої системи охорони здоров'я, що відповідає принципам пацієнторієнтованості та сприяє реалізації цілей сталого розвитку [37].

У період військових дій в країні підвищуються вимоги щодо удосконалення системи охорони здоров'я на шляху досягнення ефективності при виконанні основних цілей діяльності та стратегічних завдань галузі. У Стратегії-2030 зазначається, що одним із ключових пріоритетів є людиноцентричність медичного обслуговування, яка передбачає розуміння та врахування прав і потреб людей, забезпечення їх можливості брати участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я та лікування, визначення того як ОЗ може задовольнити ці потреби й інтереси, відгукнутися на них [9].

Нами було проведено аналіз організаційних аспектів забезпечення реабілітаційної допомоги особам з бойовим досвідом в Україні і Дніпропетровській області. Результати показують зростаючу потребу серед осіб з бойовим досвідом у респонсивному відгуку галузі: у 2021 році спостерігалось 37,2 учасників бойових дій на 10 тисяч населення, що перевищувало середньоукраїнський показник на 13,2 %, в подальші роки спостерігалось експансивне зростання кількості УБД.

Спостерігається суттєве зростання рівня сумарної реабілітації в регіоні з 8,6 % у 2020 році до 14,2 % у 2024 році. Ця тенденція супроводжувалася також збільшенням кількості осіб, що отримали реабілітаційні послуги, на 27,7 %. За цей самий період обсяги фізіотерапевтичних процедур на одного пацієнта, який завершив лікування, зросли на 24,2 % з 12,4 до 15,4. Це засвідчує поступове

розширення доступу до реабілітаційних послуг профілю. Подібні тенденції відзначають й інші українські автори, відмічаючи низку організаційних проблем, що є під час розбудови реабілітаційних послуг, зокрема недостатній розвиток системи відновного лікування та участі територіальних громад у цьому процесі, кадровий дефіцит та проблеми у підготовці кадрів [180].

Проблему з кадрами системи відновного лікування та реабілітації ми також спостерігали у нашому дослідженні. Так, з 2020 по 2022 рік забезпеченість фізіотерапевтами в Україні скоротилася на 25,5 %, у період з 2020 по 2024 рік чисельність цих фахівців у Дніпропетровській області зменшилася на 66,7 %, а лікарів з лікувальної фізкультури на 36,5 %, що супроводжувалося зниженням показників забезпеченості населення цими фахівцями до критично низьких рівнів (0,07 та 0,11 на 10 тисяч населення відповідно).

Ці дані вказують на невідповідність між потребами системи охорони здоров'я у фахівцях реабілітаційного профілю та фактичним кадровим забезпеченням. Незважаючи на зростання попиту на реабілітаційні послуги, трансформацію системи ОЗ та сектору реабілітації, впровадження нових підходів обслуговування на основі біо-психо-соціальної моделі, поки ще не має належного кадрового потенціалу через відносно невеликий термін часу переорієнтації системи, необхідність запровадження змін у систему підготовки кадрів і пов'язану з цим велику організаційно-освітню роботу [181] тощо.

Скороченням фахівців традиційних спеціальностей поки відбулося без їх належної компенсації випускниками нової формації. Михальчук В.М. & Пожевілова А.А. (2024) статистично довели, що кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини значною мірою детермінують варіацію кількості надавачів реабілітаційних послуг і відповідно доступності реабілітаційної допомоги. Підкреслюють, що налагодження кадрового забезпечення фахівцями з реабілітації є запорукою ефективної всієї системи [182].

Проведений нами аналіз кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги показав не лише зі зменшенням чисельності фахівців традиційних спеціальностей (лікарів-фізіотерапевтів, лікарів з лікувальної фізкультури), але

й відсутність належного статистичного обліку нових спеціальностей – фізичних терапевтів, ерготерапевтів, фахівців з протезування та ортезування та інших. Офіційна національна та галузева статистична звітність все ще базується на класифікаторах попереднього покоління, які не враховують фахівців, підготовлених за новими спеціальностями. Наявний розрив між кадровою трансформацією у системі реабілітації та її статистичним супроводом унеможливує повну та більш об'єктивну оцінку реального кадрового реабілітаційного потенціалу [183].

Оцінки фінансування реабілітаційних пакетів показали, що у 2023 - 2025 рр. обсяги коштів за пакетом «Реабілітаційна допомога у стаціонарних умовах» збільшилися на 81,4 %, а їх частка в загальній структурі Програми медичних гарантій зросла з 1,7 % до 2,4 %. Частка двох основних реабілітаційних пакетів (амбулаторного і стаціонарного) у загальному обсязі фінансування НСЗУ сягнула 4,2 % у 2025 році. Дніпропетровська область займає провідні позиції за кількістю укладених договорів та за сумою фінансування (470,4 млн грн, або 11,9 % національного обсягу), що підтверджується й іншими аналітиками [182].

В цілому оцінка системного функціонування регіональної системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області показала її спроможність до подальшого вдосконалення відгуку на нові зростаючі запити з боку військовослужбовців та ветеранів через підвищення доступності послуг, поліпшення фінансового забезпечення, збільшення кількості кваліфікованих кадрів, оптимізації системи їх підготовки тощо.

Наступним етапом дослідження було проведення максимально об'єктивної оцінки респонсивності реабілітаційного процесу у військовослужбовців, яке проводилося на підставі експертної оцінки історій хвороб бійців. Треба зазначити, що у класичній процедурі оцінки чутливості за ВООЗ такого роду дослідження не передбачаються [101, 100], однак у соціальній медицині та громадському здоров'ї такий підхід є стандартною практикою [159].

Проведене нами дослідження чутливості системи ОЗ під час стаціонарної реабілітації військовослужбовців виявило ключові аспекти, що впливають на

рівень респонсивності медичних послуг. Високі оцінки від експертів отримали такі елементи, як повага до гідності пацієнтів, оперативність обслуговування та доступ до систем соціальної підтримки, що узгоджується з концепцією ВООЗ щодо чутливості ОЗ [101, 117], коли саме ці аспекти визнаються одними із ключових і пов'язаних із загальною політичною ситуацією. Так дослідження Witvliet M.I. et al. (2015) показують, що посилення політичних прав та, певною мірою, громадянських свобод може покращити реагування системи охорони здоров'я на запити населення, через їх вплив на повагу до гідності пацієнтів, конфіденційністю та якістю стаціонарного і амбулаторного догляду [184].

Наш аналіз також виявив потенціал для покращення чутливості системи ОЗ. Зокрема, елементи, такі як автономія пацієнтів, комунікація та якість побутових умов, отримали нижчі оцінки порівняно з іншими характеристиками респонсивності. Автономія є елементом чутливості ОЗ, який у різних видах досліджень не достатньо високо оцінюється, як надавачами, так і споживачами послуг [12, 15].

Це обумовлено тим, що на практиці часто спостерігається обмеження автономії пацієнтів через домінування медичних працівників у прийнятті рішень. Так, дослідження Molina-Mula J. & Gallo-Estrada J. (2020) взаємовідносин між медсестрами та пацієнтами виявило, що пацієнти часто займають пасивну роль, що обмежує їх здатність до самостійного прийняття рішень щодо власного лікування [185].

З метою покращення чутливості системи охорони здоров'я, необхідно впроваджувати практики, що сприяють підвищенню автономії пацієнтів. Це включає забезпечення доступу до повної інформації про стан здоров'я, активне залучення пацієнтів до процесу прийняття рішень та повагу до їх уподобань і цінностей. Такі підходи не лише підвищують рівень чутливості системи, але й сприяють загальному покращенню якості медичних послуг [186-188].

Проведений під час дослідження логістичний регресійний аналіз довів значущість впливу окремих елементів чутливості на загальний рівень респонсивності системи ОЗ при відгуку на запити військовослужбовців.

Зокрема, підвищення рівня поваги до гідності пацієнтів асоціюється із збільшенням шансів на покращення респонсивності в 2,3 рази (95 % ДІ 1,09 - 4,55), комунікації – в 1,5 рази (95 % ДІ 1,0 - 2,13), конфіденційності – в 1,3 рази (95 % ДІ 1,02 - 1,72), а автономії – в 1,4 рази (95 % ДІ 1,04 - 1,69). Ці результати підкреслюють важливість інтеграції цих елементів у стратегії покращення медичних послуг для військовослужбовців.

Високі очікуваннями користувачів щодо конфіденційності та захисту особистої інформації медичним працівником спостерігаються і в результатах інших досліджень. Так, Блащук Т. (2024) пропонує обмеження доступу до медичної інформації з надання медичної допомоги військовослужбовцям лише уповноваженим особам, впровадження регулярного аудиту систем обробки даних і посилення відповідальності за порушення конфіденційності. Наголошує на необхідності забезпечення балансу між національною безпекою та правами громадян на конфіденційність [189].

Проведений ROC-аналіз дозволив нам визначити порогові значення для оптимізації чутливості системи ОЗ. Зокрема, рівень поваги до гідності вище 76,2 % збільшує шанси на покращення респонсивності в 18,4 рази (95 % ДІ 1,04 - 324,48;  $p=0,047$ ), а рівень орієнтації на клієнта вище 82,3 % може підвищити їх в 4,5 рази (95 % ДІ 0,98–21,03;  $p=0,053$ ). Це свідчить про необхідність забезпечення саме цих аспектів при розробці політик у сфері охорони здоров'я військовослужбовців.

Оцінка чутливості системи охорони здоров'я, згідно рекомендацій ВООЗ, включає інтегральний показник та розподіл рівня чутливості серед населення з урахуванням відгуку на запити найбільш вразливих груп, до яких можуть відноситися малозабезпечені прошарки населення, люди похилого віку, інваліди [12], пацієнти, що потребують психологічної і психіатричної підтримки [13], тимчасово внутрішньо переміщені особи [15] та інші категорії населення, що потенційно можуть піддаватися дискримінації відносно чутливості ОЗ [16].

До вразливих груп населення відносять людей, вразливих за фізичним, психічним чи соціальним станом, До усіх цих груп належать особи, що

постраждали внаслідок бойових дій, які були вимушені покинути свої домівки через війну та/або брали участь у воєнних діях, Ці категорії населення потребують відповідного відгуку на свої запити під час медичного обслуговування [16].

Протягом останнього десятиліття, в різних країнах світу [10], в тому числі і в Україні [12, 15], проводилися дослідження щодо оцінки відгуку національних та територіальних систем ОЗ на запити населення з оцінкою переважно загального рівня чутливості. На теперішній час увага науковців зосереджена передусім на оцінці відгуку галузі на запити окремих, найбільш вразливих груп населення, детальному аналіз окремих компонентів чутливості, детермінант впливу на неї [20], окремо вивчаються показники при амбулаторному та стаціонарному лікуванні [21].

У дослідженнях закордонних авторів [14] доведено, що вразливими прошарками населення щодо відгуку на свої запити є групи, які потребують реабілітаційних послуг, зокрема інваліди та ветерани війни. Згідно з дослідженнями Alavi M. et al. (2018) саме ветерани війни є найбільш вразливими категоріями населення щодо забезпечення їх реабілітаційних потреб [191].

У контексті відгуку системи ОЗ України до запитів населення особливу увагу привертає проблема реабілітації учасників бойових дій, які становлять потенційно вразливу групу, що потребує комплексної медичної та соціальної підтримки. В аналітичному звіті «Потреби вразливих груп населення в охороні здоров'я» [16], де виділяються три групи за типом вразливості, військовослужбовців можна віднести до кожної з них, оскільки учасники бойових дій, як правило, стикаються з поєднанням фізичних та психічних травм, що вимагає мультидисциплінарного підходу та інтеграції послуг на рівні медичних закладів, соціальних служб та громад. Звіт рекомендує впровадження пацієнторієнтованої моделі реабілітації, формування індивідуальних реабілітаційних програм, розширення психологічних послуг і покращення доступності сучасних реабілітаційних технологій [16].

Дослідження, проведене до початку повномасштабної війни в Україні щодо доступність і задоволеність медичними послугами серед екскомбатантів Антитерористичної операції/Операції об'єднаних сил (АТО/ООС) [126], показало, що обстежені, серед яких 40 % були з інвалідністю та потребували реабілітації, мали проблеми з відгуком системи ОЗ на свої запити, через недостатній рівень комунікацій (екскомбатанти часто змушені часто самостійно вирішувати свої медичні питання), оперативність обслуговування (незручний графік роботи реабілітаційних закладів, нестача сучасного обладнання), обмежений доступ до соціальної підтримки (лише третина опитаних зверталася до ветеранських організацій чи органів влади). Екскомбатанти відчували брак поваги до людської гідності, оскільки практично жодна із задекларованих для них пільг у сфері охорони здоров'я не забезпечувалася повністю (позачергове обслуговування, безоплатне обстеження та ліки тощо) [126].

Було визначено незадоволення екскомбатантів/екскомбатанток АТО/ООС організацією та ефективністю фізичної реабілітації через відсутність необхідних сучасних засобів фізичної реабілітації, фінансову недоступність послуг, брак профільних фахівців-реабітологів, незручний графік роботи амбулаторних реабілітаційних відділень, обмежену кількість державних і приватних реабілітаційних центрів, недостатню власну проінформованість. Суттєво краще, порівняно з фізичною реабілітацією, респонденти оцінювали психологічну реабілітацію, майже 60 % вважали її цілком доступною та якісною, хоча відзначали серед існуючих проблем – брак фахових психологів, що володіють необхідними навичками, та недостатній рівень їх кваліфікації, періодичне порушення професійної етики та формальне ставлення до надання послуг з психологічної реабілітації [126].

В цілому дослідження продемонструвало необхідність впровадження комплексного мультидисциплінарного підходу, що інтегрує фізичну, психологічну та соціальну підтримку для ветеранів [126].

Згідно дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього» (2023 р., 436 респондентів) [125], з проблемами під час реабілітації

стикалися 38 % опитаних комбатантів через обмежений доступ до ресурсів, недбалість, погану організацію процесів та ставлення оточення. Під час реабілітації організаційні проблеми виникали у 13 %, проблеми ресурсного забезпечення у 21 %, при цьому потребу у подальшій реабілітації відчуває переважуюча більшість опитаних (67 %). До організаційних проблем при медичному відновленні бійців були віднесені: відсутність змоги пройти реабілітацію / недостатній реабілітаційний період (42 % опитаних), хаотичність процедури отримання реабілітаційних послуг (24 %) та проходження реабілітації одночасно з виконанням завдань, пов'язаних з військовою службою (16 %). Загалом, серед основних проблем комбатантів при отриманні медичного та соціального обслуговування – забюрократизованість процесів, доступ до інформації та готовність / можливість захищати свої права [14]. Це є свідченням того, що серед проблем при забезпеченні чутливості ОЗ цій когорті пацієнтів є комунікації, конфіденційність, вибір постачальників послуг та повага до людської гідності.

За даними звіту українського ветеранського фонду «Потреби ветеранів 2023» [133], ветерани є найбільш незадоволеними медичним обслуговуванням (48,9 % з опитаних респондентів), грошовою допомогою (25,8%), пенсіями (24 %) та психологічною реабілітацією (20,4 %). Останнє обґрунтовують нестачею можливостей отримати безоплатне психотерапевтичне консультування та браком центрів для психологічної реабілітації. На думку 14,8% респондентів, державні програми з реабілітації та протезування для осіб з інвалідністю є неякісними та важко доступними. Ветеранам бракує інформації щодо пільг в системі охорони здоров'я, зокрема щодо державних програм фізичної, психологічної реабілітації та протезування [133]. Результати даного дослідження є свідченням проблем при реабілітації ветеранів з такими аспектами респонсивності ОЗ, як повага до гідності та комунікації.

При вивченні потреб ветеранів на шляху повернення до цивільного життя із фокусом на майбутнє дослідницькою групою Gradus [190] визначено, що основними потребами ветеранів серед інших, є потреба у медичній допомозі

(32 %) та поясненні процесів лікування (26 %), реабілітації та адаптації (29 %), підтримці з боку близьких (24 %). При достатньо високому рівні поваги до себе, лише третина (28 %) не стикалися з неприємними для себе ситуаціями у цивільному житті. Це є свідченням потреби бійців при реабілітації у забезпеченні належними комунікаціями, соціальною підтримкою, повагою до людської гідності.

Згідно проведених в Україні досліджень щодо потреб і медичного обслуговування поранених, з проблемами під час реабілітації стикаються до 38 % комбатантів [125]. Ветерани є найбільш незадоволеними психологічною реабілітацією (20,4 %), їм бракує інформації щодо державних програм фізичної, психологічної реабілітації та протезування [133]. Отже, отримані нами результати щодо наявної потреби військовослужбовців при реабілітації у повазі до гідності, конфіденційності та зрозумілих комунікаціях кореспондуються з результатами інших національних досліджень.

Відновлення здоров'я учасників бойових дій включає не лише фізичний аспект, але й соціальні, емоційні та психологічні компоненти, які вимагають чутливості ОЗ та орієнтації на потреби пацієнтів. Розуміння очікувань військовослужбовців щодо неклінічних аспектів реабілітації є ключовим елементом розробки ефективної стратегії їх підтримки в рамках пацієнторієнтованості системи ОЗ.

Попри існування нормативно-правової бази в країні, зокрема державної програми реабілітації військовослужбовців, відзначається недостатній рівень чутливості системи ОЗ до їх запитів. Це проявляється в обмеженому доступі до якісних реабілітаційних послуг, недостатній повазі до гідності пацієнтів та низькій оперативності обслуговування.

Важливим аспектом ефективної реабілітації є врахування очікувань пацієнтів щодо неклінічних аспектів надання послуг, таких як повага до їхньої гідності, якість умов перебування, автономія у виборі послуг і доступ до соціальної підтримки. Аналіз цих очікувань дозволяє оптимізувати діяльність системи ОЗ, забезпечуючи кращий відгук на запити та підвищуючи рівень

задоволеності пацієнтів. Водночас існує нагальна потреба в подальших дослідженнях, які б зосереджувалися на вивченні специфічних потреб учасників бойових дій як потенційно вразливої групи населення.

Низка досліджень вказує на значне поширення різних психологічних станів серед військовослужбовців через постійні стресори, пов'язані з військовим життям. Це підкреслює важливість впровадження цільових заходів реагування під час реабілітації [37, 85].

Учасники бойових дій, як правило, мають поєднані фізичні та психічні травми, які потребують мультидисциплінарного підходу при реабілітації, інтеграції між різними ЗОЗ, соціальними службами та громадами. Впровадження пацієнторієнтованої моделі реабілітації, формування індивідуальних реабілітаційних програм, розширення психологічних послуг і покращення доступності сучасних реабілітаційних технологій, є шляхами подолання вразливості щодо відгуку галузі даної категорії пацієнтів [16]. Враховуючи це, втручання на різних етапах реабілітації повинні бути особливо чутливими до індивідуальних психологічних характеристик військовослужбовців [192].

Наше дослідження показало, що серед військовослужбовців на реабілітації найчастіше зустрічаються такі типи відношення до хвороби, як ергопатичний, іпохондричний, неврастенічний та дисфоричний, які зустрічаються, як окремо, так і в різних комбінаціях. Це вказує на складний психологічний профіль бійців та підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації, де враховуються, необхідність корекції психоемоційних станів.

За даними дослідження, проведеного серед учасників антитерористичної операції на Донбасі, військовослужбовці відзначалися низькою самооцінкою здоров'я, наявністю соматичних проблем, а також високою поширеністю посттравматичного стресового розладу, тривожності, безсоння, депресії та соціальної дисфункції. Крім того, спостерігалися легкі когнітивні порушення та неврологічні симптоми, які були подібні до тих, що спостерігалися у ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи та ветеранів війни в Афганістані [193]. Ці дані підкреслюють важливість розробки комплексної стратегії для зменшення

нервово-психічних наслідків, викликаних військовими конфліктами, з урахуванням широкого спектру фізичних та психічних проблем, з якими стикаються військовослужбовці.

У нашому дослідженні ми намагалися визначити ключові елементи чутливості, які дозволять при реабілітаційних заходах серед ветеранів, з урахуванням їх ставлення до хвороби (поранення), досягти підвищення відгуку ОЗ. Елементи респонсивності, такі як повага до гідності, якісна комунікація, вибір постачальників послуг і забезпечення комфортних умов відіграють важливу роль у забезпеченні чутливості системи охорони здоров'я, особливо під час реабілітації військових. Ці елементи також тісно пов'язані з довірою пацієнтів до системи ОЗ та медичного персоналу.

Про важливість довіри у процесі реабілітації ветеранів підкреслюють численні дослідження [85, 194, 195]. Довіра є ключовим елементом, від якого залежить взаємодія ветеранів з системою ОЗ, механізмами підтримки та відновлення. Це включає довіру до самого процесу, до учасників процесу, до його цілей і порядку. Забезпечення чутливості медичних послуг, зокрема через повагу до гідності, якісну комунікацію та створення комфортних умов, сприяє зміцненню цієї довіри, що, в свою чергу, підвищує ефективність реабілітаційних заходів.

Зосередження уваги на соціальній реінтеграції, відновленні психосоціального функціонування, зміцненні міжособистісної довіри, підтримці з боку осіб із подібним досвідом, розвитку групової згуртованості та набутті нових адаптивних навичок суттєво знижує ризик переживання самотності та соціальної ізоляції серед ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. Такий комплексний підхід сприяє формуванню стабільного психоемоційного середовища, що є важливою передумовою для успішної соціальної інтеграції, ефективної реабілітації та відновлення функціонального статусу військовослужбовців [85].

Виявлена складність психоемоційного стану військовослужбовців у контексті їх ставлення до захворювання обґрунтовує потребу у впровадженні

комплексного підходу до лікувально-реабілітаційного процесу. Такий підхід передбачає не лише надання медичної допомоги, але й системну психологічну підтримку, спрямовану на зменшення рівня тривожності, стабілізацію емоційного фону та формування адаптивних моделей поведінки [17].

Отримані нами результати засвідчують, що ефективність реабілітації військовослужбовців значною мірою залежить від опрацювання інтрапсихічних чинників адаптації до хвороби. Враховуючи переважання проявів внутрішньої дезадаптації серед обстежених, реабілітаційні заходи мають включати цілеспрямовані психотерапевтичні втручання, орієнтовані на зниження рівня тривожності, подолання депресивних симптомів та вирішення внутрішніх конфліктів, які перешкоджають процесу відновлення [196]. Водночас інтервенції, що сприяють соціальній адаптації та розвитку особистісної стійкості, виступають важливими складовими загального реабілітаційного впливу [197].

З огляду на значну психоемоційну вразливість учасників бойових дій, респонсивність системи охорони здоров'я під час їх реабілітації має фокусуватися на безумовному дотриманні принципу поваги до людської гідності, забезпеченні якісної та зрозумілої комунікації, розширенні можливостей вибору постачальників медичних послуг, а також на створенні комфортного побутового середовища, що сприяє психологічній стабілізації та відновленню.

Інші дослідники також наголошують на необхідності збільшення фінансових інвестицій та вдосконалення інформаційних систем охорони здоров'я для поліпшення відгуку систем ОЗ на запити соціально вразливих груп, що мають проблеми з психічним здоров'ям [117].

Результати проведеного нами дослідження підтверджують, що рівень респонсивності системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців є недостатнім і не відповідає важливості її основних елементів та очікуванням медичних працівників. Можливість суттєвого підвищення чутливості національної ОЗ є вже достатньо довготривалим завданням [158], актуальність

якого збільшується в умовах воєнного стану та післявоєнної розбудови національної системи охорони здоров'я на принципах людиноцентричності та пацієнторієнтованості [9]. Невідповідність респонсивності запитам, як пацієнтів, так і провайдерів медичних послуг, підтверджується також результатами власних попередніх досліджень [5, 10].

Аналіз ключових елементів чутливості показав суттєві розриви між важливістю та реальним забезпеченням таких аспектів, як повага до гідності, комунікація, якість побутових умов та доступ до соціальної підтримки. Наші результати свідчать про недостатній рівень взаємодії системи ОЗ та зворотного зв'язку із військовослужбовцями при організації реабілітації. Подібні результати знаходять підтвердження у висновках масштабних національних проєктів, присвячених даній темі [125-135].

Так, у дослідженні проєкту «Принцип» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» [127] «Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долаття несистемності» було визначено доволі високу задоволеність військових і ветеранів реабілітаційними послугами, при цьому серед проблемних моментів відзначалися труднощі у комунікації з медиками, інколи некоректне ставлення, довготривалість надання реабілітаційних послуг, відсутність безбар'єрного простору, утруднений реабілітаційний маршрут пацієнтів та зростання потреби у психологічній допомозі.

Оцінка кореляційних зв'язків між забезпеченням окремих елементів респонсивності та проблемами при реабілітації військовослужбовців підтвердила, що правові, фінансові та організаційні труднощі є основними чинниками, що стримують підвищення відгуку системи ОЗ на запиту військових щодо реабілітації. Так, нестача фінансування та ресурсного забезпечення на пряму впливає на якість побутових умов та доступ до соціальної підтримки. Водночас нормативні обмеження у виборі постачальників медичних послуг та автономії пацієнтів значно знижують рівень задоволеності чутливості реабілітації.

Це вказує на необхідність системних змін у підходах до забезпечення чутливості, які б включали взаємодію користувачів із системою ОЗ, зворотний зв'язок та підзвітність охорони здоров'я перед суспільством [10].

За даними українських дослідників, поліпшити реабілітаційне обслуговування ветеранів може посилення координації між закладами надання послуг та військовими частинами, взаємодії між різними зацікавленими сторонами, розробка політик для забезпечення своєчасної та повної реабілітації без фінансового навантаження на пацієнта [127].

Позитивним аспектом, виявленим у нашому дослідженні, є висока оцінка конфіденційності медичних послуг, що свідчить про належну увагу до збереження приватності пацієнтів. Водночас, попри відносно високі оцінки оперативності обслуговування, її значущість нівелюється на тлі інших системних недоліків, що підкреслює необхідність комплексного підходу до підвищення респонсивності системи охорони здоров'я.

У широкомасштабних зарубіжних дослідженнях встановлено, що наявність нормативно-правових актів і етичних настанов у сфері військової та медичної практики сама по собі не гарантує належного захисту прав учасників бойових дій. Для забезпечення реального доступу до медичної допомоги та реабілітаційних послуг необхідне постійне міжсекторальне співробітництво та діалог між політичними лідерами, міжнародними структурами, військовим командуванням і фахівцями охорони здоров'я [198].

Розроблена концептуальна модель оптимізації чутливості системи охорони здоров'я передбачає вдосконалення нормативно-правового, ресурсного, організаційного та комунікаційного забезпечення, що дозволить досягти підвищення рівня здоров'я військовослужбовців, їх задоволеності та довіри до медичної системи. Впровадження таких заходів, як контроль якості реабілітаційних послуг через незалежний аудит, використання сучасних цифрових технологій та розширення міжсекторальної взаємодії, може суттєво покращити відгук системи на запити військовослужбовців.

Активне залучення цифрових технологій при оптимізації респонсивності реабілітаційних послуг військовим знайшло широкий відгук серед опитаних ключових респондентів, що кореспондується із сучасними трендами щодо діджиталізації медичного обслуговування військовослужбовців, як доповнення до лікування та надання пацієнтам конфіденційних інструментів, щоб збільшити їх залучення до процесу лікування [199].

Ключові респонденти, що брали участь у нашому дослідженні, високо оцінили застосування процесного підходу при розробці моделі оптимізації респонсивності системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців. Як Fifield J. et al. і Larson E. et al. [111, 112], ми розглядали у якості результату оптимізації респонсивності, яка визначалася як процес, задоволеність пацієнтів та їх довіру до системи ОЗ. На відміну від них [111, 112], у нашій роботі до основного результату було додано ще поліпшення показників здоров'я контингенту обслуговування, що цілком слушно, враховуючи класичну концепцію чутливості, яка поряд з показниками громадського здоров'я, розглядається як одна з основних цілей діяльності галузі [6, 10]. Ми визнаємо, що цей вплив не лінійний, і забезпечується він через проміжні процеси підвищення доступності та якості комплексної реабілітації та через поліпшення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям [158]. У можливості сприяти поліпшенню здоров'я військовослужбовців при запровадженні низки заходів щодо поліпшення відгуку ОЗ на їх запити при реабілітації нас підтримали ключові респонденти.

Впровадження моделі респонсивності системи охорони здоров'я, що враховує специфічні потреби військовослужбовців, є ключовим фактором у покращенні їх якості життя та загального стану здоров'я. Це вимагає комплексного підходу, який поєднує медичну, психологічну та соціальну підтримку, спрямовану на повне відновлення та реінтеграцію військовослужбовців у суспільство [200-202].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання забезпечення належного відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців – учасників бойових дій стосовно комплексної реабілітації. Це завдання розв'язано шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі, розробленої на основі процесного підходу з урахуванням потреб військових, позицій медичних працівників і ресурсних можливостей територіальної системи охорони здоров'я.

1. Зміцнення систем охорони здоров'я, як національного, так і територіального рівнів, що базується на виконанні основних цілей діяльності: забезпеченні здоров'я населення, фінансової справедливості та чутливості галузі, можливе за рахунок оптимізації відгуку ОЗ на запити широких верств населення та потенційно вразливих груп, таких як військовослужбовці на реабілітації.

2. Аналіз організаційних аспектів системного функціонування регіональної системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області на тлі зростання кількості учасників бойових дій, як потенційного контингенту, показує її спроможність адекватно відповідати на реабілітаційні запити військовослужбовців. Це підтверджується зростанням рівня сумарної реабілітації з 8,6 % у 2020 році до 14,2 % у 2024 році, зростанням кількості реабілітаційних договорів з НСЗУ на 54,5 % і відповідним збільшенням фінансування у 1,6 рази. Водночас зберігаються проблеми недосконалістю статистичного обліку та кадрового забезпечення реабілітаційних послуг.

3. Оцінка чутливості регіональної системи охорони здоров'я до потреб військовослужбовців на реабілітації показала високий загальний рівень – 79,1 % (95 % ДІ 78,9 – 79,2 %) від максимально можливого, з переважанням оцінок сфери орієнтації на пацієнта над повагою до гідності ( $p < 0,001$ ). Водночас у 78,3 % випадків виявлено потенціал для підвищення чутливості на 6,4 – 15,5 %,

передусім за рахунок покращення поваги до гідності, конфіденційності, комунікації та автономії, які формують 26,7 % загального рівня чутливості. Підвищення рівня даних елементів збільшує шанси поліпшення чутливості в 1,3 - 2,3 рази ( $p < 0,05$ ), а підвищення сфери поваги до гідності вище за 76,2 % – в 18,4 рази ( $p = 0,047$ ).

4. Військовослужбовці оцінили потребу у чутливості системи охорони здоров'я під час реабілітації у 8,9 балів із 10 можливих (95 % ДІ 8,6 – 9,2), надаючи пріоритет повазі до гідності, конфіденційності, комунікаціям та якості побутових умов. Кореляційно-регресійний аналіз підтвердив, що саме ці елементи найбільше впливають на сприйняття респонсивності системи охорони здоров'я військовими ( $R^2 = 84,3$  %;  $p < 0,001$ ). Пріоритети військовослужбовців щодо чутливості галузі відрізняються від інших категорій населення, через те, що вони надають більшого значення якості побутових умов та соціальній підтримці.

5. У більшості обстежених військовослужбовців виявлено порушення адаптації до хвороби (67,4 %) та змішані типи реагування (62,96 %), з переважанням ергопатичного (28,9 %), іпохондричного (37,0 %) та дисфоричного (33,3 %) типів, що свідчать про складний психоемоційний стан цієї категорії пацієнтів і необхідність врахування їх неклінічних потреб у реабілітаційному процесі. Оперативність обслуговування, відкрита комунікація, конфіденційність, повага до гідності, участь у виборі постачальників послуг та прийнятті клінічних рішень, а також комфортні умови перебування є ключовими чинниками стресоподолання та нівелювання негативного ставлення до хвороби у військовослужбовців.

6. За результатами опитування ключових респондентів рівень респонсивності реабілітаційних послуг для військовослужбовців було оцінено в 6,3 бали (95 % ДІ 5,6 – 7,0), при цьому їх важливість оцінювалася майже максимально у 10 балів. Найбільші розриви між очікуваннями та реальним забезпеченням основних елементів чутливості системи охорони здоров'я при реабілітації військовослужбовців виявлено у сферах поваги до гідності,

комунікаціях, оперативності обслуговування, якості побутових умов та доступу до соціальної підтримки. Визначено, що основними бар'єрами для підвищення чутливості галузі є фінансові, організаційні та правові обмеження. Чим більше труднощів, особливо фінансових ( $r_s=-0,52$ ;  $p<0,001$ ), організаційних ( $r_s=-0,53$ ;  $p<0,001$ ) та правових ( $r_s=-0,53$ ;  $p<0,001$ ), тим гірше оцінюється забезпечення респонсивності загалом і за окремими елементами.

7. На основі системного аналізу та процесного підходу запропоновано концептуальну модель оптимізації респонсивності, що включає запити пацієнтів, блоки структури, процесу (безпосередньо чутливості ОЗ) та результату із низкою заходів нормативно-правового регулювання, фінансового / ресурсного забезпечення, організаційної оптимізації та комунікаційної підтримки. Запровадження запропонованої моделі на практиці, за визначенням експертів, сприятиме підвищенню рівня респонсивності галузі до 8,9 (95 % ДІ 8,7 - 9,5) балів, а у довгостроковій перспективі позитивно впливатиме на стан здоров'я військовослужбовців через збільшення їх задоволеності та поліпшення якості життя.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**Міністерству охорони здоров'я України спільно з Національною службою здоров'я України** ініціювати внесення змін до нормативно-правових актів, що регулюють реабілітаційну допомогу військовослужбовцям, зокрема щодо:

- закріплення права пацієнта на вибір закладу для проходження реабілітації та постачальника послуг у межах гарантованих пакетів НСЗУ;
- розширення положень щодо автономії пацієнтів при прийнятті клінічних рішень, із урахуванням специфіки реабілітації військових;
- створення стандартів щодо забезпечення гідних побутових умов у медичних закладах (розміщення, харчування, доступ до соціальних сервісів).

**Міністерству оборони України, МВС України та МОЗ України:**

- налагодити міжвідомчу співпрацю шляхом укладання угод про спільну участь у формуванні маршрутів реабілітації та координації надання допомоги в умовах змішаного (відомчого і цивільного) забезпечення.

**Зкладам охорони здоров'я, що надають реабілітаційну допомогу військовослужбовцям:**

- впроваджувати персоналізовані програми реабілітації з урахуванням типів ставлення пацієнтів до хвороби та наявного психоемоційного стану;
- забезпечити підвищення респонсивності медичного обслуговування та реабілітації шляхом розвитку ефективних комунікацій, дотримання принципу поваги до гідності, конфіденційності, забезпечення комфортного середовища, доступу до соціальної підтримки та своєчасного прийняття рішень;
- використовувати індикатори респонсивності для регулярного моніторингу задоволеності пацієнтів і визначення напрямів втручання.

**Зкладам вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців з громадського здоров'я та реабілітаційної медицини (зокрема за спеціальностями 229 «Громадське здоров'я», 222 «Медицина», 227 «Фізична терапія, ерготерапія»):**

- включити до навчальних програм питання організації пацієнтоорієнтованої реабілітаційної допомоги, заснованої на концепції респонсивності ВООЗ;
- сприяти формуванню комунікативної компетентності у майбутніх фахівців медичної галузі, зокрема в роботі з пацієнтами, які мають бойовий досвід;
- проводити наукові дослідження з вивчення інструментів оцінки респонсивності ОЗ та шляхів її оптимізації.

**Регіональним органам управління охороною здоров'я:**

- застосувати апробовану модель оптимізації респонсивності системи охорони здоров'я під час формування місцевих програм підтримки реабілітації військовослужбовців.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Haque U, Naeem A, Wang S, Espinoza J, Holovanova I, Gutor T, et al. The human toll and humanitarian crisis of the Russia-Ukraine war: the first 162 days. *BMJ Glob Health*. 2022 Sep 23;7(9):e009550. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009550>
2. Миронюк І, Слабкий Г, Щербінська О, Білак-Лук'янчук В. Вплив війни на стан громадського здоров'я та систему охорони здоров'я України. В: Слабкий ГО, Савчук РМ, редактори. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію та рівень захворюваності цивільного населення України на інфекційні хвороби: колективна монографія. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла»; 2025. с. 8-18.
3. Ramírez C, Durón RM. The Russia-Ukraine war could bring catastrophic public-health challenges beyond COVID-19. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2022 Jul;120:44–5. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.04.016>
4. Yutilova K, Shved E, Rozantsev G, Adamski A. Russia-Ukraine war impacts on environment: warfare chemical pollution and recovery prospects. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2025 Feb;32(10):5685–702. <https://doi.org/10.1007/s11356-025-36098-9>
5. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український Медичний Часопис*. 2022 Aug 18. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>
6. McKee M. The World Health Report 2000: 10 years on. *Health Policy Plan*. 2010 Sep 1;25(5):346–8. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq032>
7. World Health Organization. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO Regional Office for Europe; 2013. 182 p.
8. World Health Organization. *European Programme of Work 2020-2025: United Action for Better Health*. WHO Regional Office for Europe; 2021. 50 p.
9. Кабінет Міністрів України. Розпорядження від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030

року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках». Київ; 2025.

10. Khan G, Kagwanja N, Whyte E, Gilson L, Molyneux S, Schaay N, et al. Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *Int J Equity Health*. 2021 May 1;20(1):112. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01447-w>

11. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017 Oct 31;2(4):e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>

12. Крячкова ЛВ. Шляхи підвищення чутливості системи охорони здоров'я України. *Східноєвропейський Журнал Громадського Здоров'я*. 2015;№ 2(23):24–30.

13. Rodríguez-Eguizabal E, Gil-de Gómez MJ, San Sebastián M, Oliván-Blázquez B, Coronado-Vázquez V, Sánchez-Calavera MA, et al. Capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria valorada por pacientes con enfermedades crónicas. *Gac Sanit*. 2022 Jun;36(3):232–9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.008>

14. Shirazikhah M, Ghaedamini Harouni G, Shirazikhah A, Noroozi M, Sajadi HS. Iran Health System Responsiveness in regard to Provision of Physical Rehabilitation: Results of a National Survey. *Sci J Kurd Univ Med Sci*. 2023 Oct 10;28(4):174–85. <https://doi.org/10.61186/sjku.28.4.174>

15. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ, Борвінко ЕВ, Колеснік ВІ. Медико-соціальні аспекти медичного обслуговування контингенту тимчасово внутрішньо переміщених осіб. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018;(1):334–8.

16. Потреби вразливих груп населення в охороні здоров'я: аналітичний звіт. 2022. 108 с.

17. Shvets AV, Horishna OV, Kikh AY, Ivantzova GV, Gorshkov OO, Richka OV. Peculiarities of the organization of psycho-medical rehabilitation of servicemen in NATO member countries and partnership for peace countries. *Ukr J Mil Med*. 2021 Dec 30;2(4):26–39. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4\(2\)-026](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-026)

18. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Відомості Верховної Ради України. 2021;(8):ст.59.
19. Кабінет Міністрів України. Постанова від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». Київ; 2021.
20. Gonzalez-Bautista E, Morsch P, Mathur M, Bós ÂJG, Hommes C, Vega E. Assessing health system responsiveness to the needs of older people. *Rev Panam Salud Pública*. 2021 Sep 30;45:e127. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.127>
21. Shaqura II, Jaafaripooyan E, Ahmadi B, Akbari Sari A. Responsiveness of hospitals to inpatient and outpatient services in the low- and middle-income countries: A systematic review. *Int J Health Plann Manage*. 2022 Jan;37(1):78-93. <https://doi.org/10.1002/hpm.3328>
22. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva: United Nations; 2006.
23. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. World Health Organization; 2015. 25 p.
24. Rehabilitation in health systems. World Health Organization; 2017. 92 p.
25. World Health Organization. Strengthening rehabilitation in health systems. Geneva: WHO; 2023 May 30. Report No.: WHA76.6. 5 p.
26. Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10 – 11 July 2023. Geneva: WHO; 2024. 73 p.
27. Template for rehabilitation information collection (TRIC): a tool accompanying the Systematic Assessment of Rehabilitation. World Health Organization; 2019. 58 p.
28. World Health Organization. Rehabilitation: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. WHO Regional Office for Europe; 2019. 16 p.
29. United Nations Department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals Report 2024. United Nations; 2024. 51 p. <https://doi.org/10.18356/9789213589755>

30. Wang D, Hao M, Li N, Jiang D. Assessing the impact of armed conflict on the progress of achieving 17 sustainable development goals. *iScience*. 2024 Nov 7;27(12):111331. <https://doi.org/10.1016/j.isci.2024.111331>

31. Kokori E, Olatunji G, Yusuf IA, Isarinade T, Moradeyo Akanmu A, Olatunji D, et al. A mini-review on safeguarding global health amidst a “Pandemic” of armed conflicts. *Medicine (Baltimore)*. 2024 May 17;103(20):e37897. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037897>

32. Zabolotna IB, Gushcha SG, Balashova IV, Bezverhnyuk TM. Problem issues of medical and psychological rehabilitation of military servicemen in Ukraine. *Bull Probl Biol Med*. 2023;1(2):64. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2023-2-169-64-74>

33. Лавренюк ЯВ, Кулешова ОВ. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців: огляд науково обґрунтованих практик та втручань. *Наукові Записки Серія Психологія*. 2024 Сер 4;(2):77–81. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11>

34. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейська програма роботи, 2020–2025: спільні дії для міцнішого здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. 60 с.

35. Veterans Covenant Healthcare Alliance. Improving Veterans MSK Rehabilitation Final Report. United Kingdom; 2022. 58 p.

36. International Labour Organization. Socio-economic Reintegration of Ex-combatants: Guidelines. Geneva: ILO; 2009. 172 p.

37. Alruwaili A, Khorram-Manesh A, Ratnayake A, Robinson Y, Goniewicz K. Supporting the frontlines: a scoping review addressing the health challenges of military personnel and veterans. *Healthcare*. 2023 Jan;11(21):2870. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212870>

38. Garg A, Skempes D, Bickenbach J. Legal and Regulatory Approaches to Rehabilitation Planning: A Concise Overview of Current Laws and Policies Addressing Access to Rehabilitation in Five European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan;17(12):4363. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124363>

39. Barth CA, Wladis A, Blake C, Bhandarkar P, O’Sullivan C. Users of rehabilitation services in 14 countries and territories affected by conflict, 1988-2018. *Bull World Health Organ.* 2020 Sep 1;98(9):599-614. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.249060>
40. Iravani M, Riahi L, Abdi K, et al. A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities. *Journal of Rehabilitation.* 2021 Jan 1;21(4):544–63. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.3225.1>
41. Narodowy Fundusz Zdrowia. Załącznik nr 1: Opis programu pilotażowego POZ PLUS. Białystok: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2017.
42. Ministerio de Defensa. Orden DEF/83/2016, de 25 de enero, por la que se crea la Oficina de Atención a la Discapacidad en las Fuerzas Armadas. *Boletín Oficial del Estado*; 2016.
43. Standing Committee on National Defence. Canadian Armed Forces Health Care and Transition Services. Ottawa: House of Commons; 2023.
44. Canadian Institute for Health Information. National Rehabilitation Reporting System Privacy Impact Assessment, 2022. Ottawa: CIHI; 2022.
45. France Ministry of the Armed Forces. Arrêté du 20 décembre 2021 portant organisation du service de santé des armées. 2021.
46. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS). The French health care system. 2021.
47. Gerdes N, Zwingmann C, Jäckel WH. The system of rehabilitation in Germany. *Rehabilitation (Stuttg).* 2001;40(5):317-25.
48. Perreau E. Financing of Care Services for Persons with Disabilities: Fact Sheet Germany. Brussels: European Association of Service Providers for Persons with Disabilities; 2020. 16 p.
49. Smolinski G, Licina D. After the Trauma: The Role of Rehabilitation Medicine in U.S. DoD Global Health Engagement. *Military Medicine.* 2022 Oct 14;188(1–2):3–5. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac302>
50. Musenyente E, Han ML, Knigge M. Implementation of UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in public and private schools in three districts

of Uganda. Afr J Disabil. 2022 Oct 27;11(0):13.  
<https://doi.org/10.4102/ajod.v11i0.908>

51. Stavert J. The CRPD and mental health law reform in Scotland. Int J Law Psychiatry. 2024 May-Jun;94:101991. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101991>

52. Frontera WR, Degroote W, Ghaffar A. Health policy and systems research for rehabilitation group. Importance of health policy and systems research for strengthening rehabilitation in health systems. A call to action to accelerate progress. Eur J Phys Rehabil Med. 2023 Dec;59(6):657-659. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.08225-4>

53. Kamenov K, Mills JA, Chatterji S, Cieza A. Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. Disabil Rehabil. 2019 May;41(10):1227-1237. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1422036>

54. Alanazi AM, Almutairi AM, Aldhahi MI, Alotaibi TF, AbuNurah HY, Olayan LH et al. The intersection of health rehabilitation services with quality of life in Saudi Arabia: current status and future needs. Healthcare (Basel). 2023 Jan 30;11(3):389. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030389>

55. Kosycarz E. Rehabilitation in the Polish health system and its financing methods. Finanse. 2018;1(11):161–75. <https://doi.org/10.24425/finanse.2018.125398>

56. Закон України «Про соціальні послуги». Відомості Верховної Ради України. 2019;(18):ст.73.

57. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 10 грудня 2024 р. № 2067 «Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи». Київ; 2024.

58. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. МОЗ; 2022.

59. Конвенція про права осіб з інвалідністю. Офіційний переклад. Київ; 2006.

60. Брич ВВ. Організація реабілітаційної допомоги особам з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні: методичні рекомендації. Ужгород; 2022. 34 с.

61. Брич ВВ, Кабацій НО, Білак-Лук'янчук ВЙ, Гуцол ІЯ, Дуб ММ. Інформаційно-комунікаційне забезпечення реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні: методичні рекомендації. Ужгород; 2022. 25 с.

62. Гайда ІМ. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні [дисертація]. Київ: Українська військово-медична академія; 2018. 180 с.

63. Брич ВВ. Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітаційної допомоги дорослому населенню з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи на регіональному рівні [дисертація]. Київ: Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика; 2023. 418 с.

64. Брич ВВ. Підходи до формування перспективної системи реабілітаційної допомоги особам з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи на регіональному рівні. Україна Здоров'я Нації. 2022;1(3). <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2022.266026>

65. Pashkov V, Noha P, Soloviov A. Some problems of rehabilitation of servicemen taking part in the hostilities: the international legal aspect and Ukrainian experience. *Acta Balneol.* 2018; 3(153):198–201.

66. Берлінець ІА. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019;(4). <https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.4.100>

67. Zhdan VM, Holovanova IA, Khorosh MV, Bielikova IV, Lyakhova NA. Analysis of the legislative activity of the ministry of health of Ukraine in the conditions of the russian-ukrainian war in 2022. *Wiad Lek.* 2022;75(6):1425-1433. <https://doi.org/10.36740/WLek202206101>

68. Гавловський ОД, Голованова ІА, Хорош МВ, Товстяк ММ. Дослідження динаміки інвалідності в Україні серед учасників війни для визначення обсягу надання медичної допомоги та реабілітації. *Клінічна та профілактична медицина.* 2019 Oct 17;(3–4):22–30. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(9\).2019.03](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(9).2019.03)

69. Джеанта М, Боата А, Кукош Б, Семенов В. Електронні медичні записи та інноваційні технології в медицині: що можна поліпшити у Європейському регіоні? *Health Educ.* 2023 Dec 13;(4):30–3. <https://doi.org/10.32782/health-2023.4.5>

70. Неханевич О, Смирнова О, Васильченко В, Лосєва Р. Проблеми та перспективи фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями тазових органів внаслідок травм спинного мозку в Україні. *Неонатологія хірургія та перинатальна медицина.* 2024 Jul 4;14(2(52)):151–6. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.2.52.2024.21>

71. Holovanova I, Havlovsky O, Wang S, Korneta O, Khorosh M, Kaydashev I, et al. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: a factor analysis. *Heliyon.* 2025 Jan;11(1). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e40667>

72. Semenov VV, Kumar S, Zak MY, Kuryata O, Murach A, Syrovatko I et al. Types of morbidity presenting in frontline-bordering regions of Ukraine: the experience of deploying additional mobile medical units. *BMJ Mil Health.* 2024 Dec 11;170(e2):e110-e115. <https://doi.org/10.1136/military-2023-002365>

73. Haque U, Bukhari MH, Fiedler N, Wang S, Korzh O, Espinoza J et al. A comparison of Ukrainian hospital services and functions before and during the russia-ukraine war. *JAMA Health Forum.* 2024 May 3;5(5):e240901. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2024.0901>

74. Geanta M, Cucos B, Boata A, Nuta AC, Nuta FM, Semenov VV. The Ukrainian war and the pandemic: the impact on public health and the need for new health digital tools and the next level of intelligence. *Medicni Perspekt.* 2023 Dec 22;28(4):207–17. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.4.294241>

75. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet Lond Engl.* 2021 Jun 11;398(10312). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

76. Weissbecker I, Khan O, Kondakova N, Poole LA, Cohen JT. Mental health in transition: assessment and guidance for strengthening integration of mental health

into primary health care and community-based service platforms in Ukraine. Washington, D.C.: World Bank Group; 2018. 146 p.

77. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні». Відомості Верховної Ради України. 2025.

78. Грузєва ТС, Гречишкіна НВ, Іншакова ГВ, Власенко СВ. Coverage of issues the impact of stress on health and countermeasures in a public health curriculum. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021 Feb 25;(1):38–47. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(15\).2021.05](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(15).2021.05)

79. Ogorenko VV, Nikolenko AY, Shusterman TY, Kokashynskiy VO. The integrative model of resiliency in higher education seekers in war conditions. *Medicni Perspekt*. 2023 Sep 29;28(3):94–109. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.289204>

80. Ogorenko VV, Nikolenko AE, Shusterman TY, Kokashynskiy VO, Khotimska AB, Koren MH. Psychoeducation of higher education seekers with using of the resource-oriented model of stress resiliency in war conditions. *Medicni Perspekt*. 2024 Oct 16;29(3):144–50. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.3.313660>

81. Юр'єва Л, Вишніченко С, Шорніков А. Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. *Psychosom Med Gen Pract*. 2022 Apr 10;7(1):e0701351–e0701351. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.351>

82. Гічун ВС, Кириченко АГ, Корнацький ВМ, та ін. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Дніпро: Акцент ПП; 2019. 323 с.

83. Wang S, Barrett E, Hicks MH, Martsenkovskiy D, Holovanova I, Marchak O et al.. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:116056. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056>

84. Borovets VA, Lyubinets OV. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical

professionals). Clin. and prev. med. 2024 Nov.28;(7):131-7.  
<https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>

85. Gettings RD, Kirtley J, Wilson-Menzfeld G, Oxburgh GE, Farrell D, Kiernan MD. Exploring the Role of Social Connection in Interventions With Military Veterans Diagnosed With Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Narrative Review. Front Psychol. 2022 Jul 8;13:873885.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873885>

86. Охріменко ІМ, Білевич НО, Галич МЮ, Галич ЯВ, Пенькова НС, Козира ПВ, et al. Signs of post-traumatic stress disorder in combatants with different combat experience and the structure of their psychological rehabilitation. Клінічна та профілактична медицина. 2025 Apr 17;(2):112–21. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.2.2025.14>

87. Abramov S, Kyrychenko A, Kornatsky V, Ogorenko V, Tomakh N. Psychological portrait of a participant of military actions and stress-associated violations. Georgian Med News. 2020 Jul-Aug;(304-305):74-79.

88. Гавловський ОД. Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами [дисертація]. Полтава: Полтавський державний медичний університет; 2023. 361 с.

89. Chernenko II, Chukhno IA. Медико-соціальне значення та організація психологічної допомоги та соціальної адаптації учасників бойових дій та членів їх сімей у сучасних умовах. Int Neurol J. 2017;(6.92):127–31.

90. Чижевський С, Колесніченко О, Бондаренко О. Актуальні проблеми розвитку системи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Honor Law. 2022 Sep 1;2(81):139–49.

91. Назаренко ІІ, Якимець ВМ, Печиборщ ВП, Слабкий ГО, Іванов ВІ, Поліщук АО. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). Україна. Здоров'я Нації. 2019;(1):48–58.

92. Микитенко Р, Грищенко О, Золоторьов П, Косолапов О, Гончар Ю. Застосування моделі BASIC PH в програмі психоневрологічної реабілітації учасників бойових дій на сході України. Молодий Вчений. 2021 Sep 2;(6 (82)):44–7. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-6-82-9>

93. Колесніченко ОС, Приходько ІІ, Мацегора ЯВ. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах: монографія. Харків: НА НГУ; 2021. 75 с.

94. Kyrychenko AG, Kornatsky VM, Serdiuk VM, Abramov SV, Ogorenko VV. Prevention of autonomic disadaptation in service members. Світ Медицини Та Біології World Med Biol. 2020;№ 2(72):70–4. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2020-2-72-70-74>

95. Кокун ОМ, Агаєв НА, Пішко ІО, Лозінська НС. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2018. 310 с.

96. Mateiko N. The content of rehabilitation in the context of psychological assistance to the participants of the anti-terrorist operation in Ukraine. Knowl Educ Law Manag. 2020;2(3):90–4. <https://doi.org/10.51647/kelm.2020.3.2.16>

97. Баско АВ, Собакарь АО, Миронюк СА. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. R&R. 29, Квітень 2024;18(1):78-93. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9>

98. Саволюк СІ, Серьогіна НО. Роль держави в антикризовому управлінні закладами охорони здоров'я. Український медичний часопис. 2024. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.161.254093>

99. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.

100. Iqbal M, Cazaban CG, Morgan R, Bauer C, Siddiqi S. Rethinking Health Systems Responsiveness in Low- and Middle-Income Countries: Validation Study. JMIR Res Protoc. 2024 Sep 18;13:e59836. <https://doi.org/10.2196/59836>

101. Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJL, Global Programme on Evidence for Health Policy. World Health Organization: strategy on measuring responsiveness. WHO; 2003. 23 p.

102. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e1196–252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

103. De Silva A, Valentine N, World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva: World Health Organization; 2000. 41 p.

104. De Silva A. A Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series: No. 32. World Health Organization; 2000. 42 p.

105. Mendin SF, Krause JA, Gweh A, Baysah M, Nyumah J, Gaye CJ, et al. Measuring health system responsiveness in a national community health worker primary care programme in rural Liberia. *Int J Qual Health Care*. 2023 Apr 1;35(2):mzad027. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad027>

106. Mapping health systems' responsiveness to refugee and migrant health needs. World Health Organization; 2021. 60 p.

107. Forouzan AS, San Sebastián M, Ghazinour M, Padyab M, Mohit A. Assessing responsiveness in the mental health care system : the case of Tehran. Umeå: Umeå universitet; 2015. 74 p.

108. Lawrence G, James G, Hodge J, et al. The domains of health responsiveness. A human rights analysis. EIP Discussion Paper No. 53. Geneva: World Health Organization; 2003. 12 p.

109. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я Нації. 2024 Oct 22;(3):87–93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>

110. Lakin K, Kane S. What can one legitimately expect from a health system? A conceptual analysis and a proposal for research and action. *BMJ Glob Health*. 2023 Jul 1;8(7):e012453. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012453>

111. Fifield J, Bell GA, Hirschhorn LR, Kibira SPS, Kim JH, Makumbi F, et al. Person-centered care in Uganda: analysis of responsiveness, patient satisfaction, patient-reported health outcomes, and trust among adults. *IJQHC Commun*. 2022 Jan 1;2(1):lyac005. <https://doi.org/10.1093/ijcoms/lyac005>

112. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*. 2019 Aug 1;97(8):563–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201>

113. Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts. World Health Organization; 2022. 100 p.

114. Health system resilience indicators: an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries. World Health Organization; 2024. 151 p.

115. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016. 242 p.

116. WHO Country Cooperation Strategy, Ukraine 2024–2030. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024. 28 p.

117. Woodward A, Fuhr DC, Barry AS, Balabanova D, Sondorp E, Dieleman MA, et al. Health system responsiveness to the mental health needs of Syrian refugees: mixed-methods rapid appraisals in eight host countries in Europe and the Middle East. *Open Res Eur*. 2023;3:14. <https://doi.org/10.12688/openreseurope.15293.1>

118. Partyka O, Pajewska M, Czerw A, Sygit K, Lyubinets O, Banaś T et al. Migration Challenges and Their Impact on the Primary Healthcare System – A Qualitative Research. *Healthcare*. 2024; 12(16):1607. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161607>

119. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Відомості Верховної Ради України. 1993;(45):ст.425.

120. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Відомості Верховної Ради України. 1992;(15):ст.190.

121. Кабінет Міністрів України. Постанова від 3 жовтня 2023 р. № 1050. Про реалізацію експериментального проекту із запровадження договірної форми надання соціальної послуги із соціального супроводу військовослужбовців та членів їх сімей у військових частинах (підрозділах) Збройних Сил. Київ; 2023.

122. Ветеранський простір. Громадська спілка «Координаційна рада ветеранів АТО/ООС та волонтерів м. Вінниці»; 2020.

123. Міністерство у справах ветеранів України. Платформа е-Ветеран.

124. Міністерство охорони здоров'я України. Потреби вразливих груп населення в охороні здоров'я: аналітичний звіт. 108 с.

125. Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього. Соціологічне дослідження. Київ; 2023. 75 с.

126. Аналітичний звіт з результатами дослідження «Оцінка доступності та задоволеності медичною допомогою в Україні екскомбатантами/-ками АТО/ООС». Київ; 2022. 96 с.

127. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долаття несистемності. Дослідження. Київ; 2024. 114 с.

128. Програма реінтеграції ветеранів аналітичний звіт 2024. Дослідження про ветеранську реінтеграцію: ключові потреби та виклики у розрізі доступу до основних послуг та прав. 2024. 24 с.

129. Навчально-аналітичний відділ Українського ветеранського фонду Міністерства у справах ветеранів. Інноваційні підходи до працевлаштування та перекваліфікації ветеранів: світовий досвід і перспективи для України. Ветеранський фонд (Поруч з ветераном); 2024.

130. Підсумковий аналітичний звіт. Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні з акцентом на інклюзивність ветеранів як вразливої категорії населення і

роль, яку ветеранські організації можуть відігравати у забезпеченні інклюзивності. Міжнародна організація з міграції; 2023. 44 с.

131. Аналітичний звіт, березень 2019 р. Ветерани в Україні: що далі? Реінтеграція колишніх військовослужбовців; виклики та можливості; гендерний аспект. 2019. 12 с.

132. Український ветеранський фонд. Звіт за результатами аналізу українського законодавства в частині забезпечення трудових прав ветеранів війни. Київ; 2024. 40 с.

133. Український ветеранський фонд. Потреби ветеранів 2023. Київ; 2023. 64 с.

134. Український ветеранський фонд. Аналіз потреб та проблем ветеранів та ветеранок за 2024 рік. 2024. 15 с.

135. Реінтеграція ветеранів АТО та ООС. Виявлення та подолання викликів за допомогою індексу соціальної згуртованості і примирення (SCORE) в Україні. 2022. 72 с.

136. Fernández-Pérez Á, Sánchez Á. Improving People's Self-Reported Experience with the Health Services: The Role of Non-Clinical Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan;17(1):178. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010178>

137. Babov KD, Khomenko IP, Tertyshnyi SV, I.k BIKB, Vastianov RS. Organization of stage rehabilitation of servicemen with gunshot defects of soft tissues at the levels of medical care. *Medicni Perspekt*. 2021 Dec 20;26(4):188–95. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.4.248228>

138. Волошин ВО, Михайлов БВ, Рижинко СА, Тітов ПІ, Мороз СМ, Яворська ІІ та ін. Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій. *Військова Медицина України*. 2017;(17, № 3-4):5–10.

139. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2012 році. Статистичний збірник. Київ; 2013. 123 с.

140. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2013 році. Статистичний збірник. Київ; 2014. 130 с.

141. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2014 році. Статистичний збірник. Київ; 2015. 124 с.
142. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2015 році. Статистичний збірник. Київ; 2016. 124 с.
143. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2016 році. Статистичний збірник. Київ; 2017. 123 с.
144. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2017 році. Статистичний збірник. Київ; 2018. 122 с.
145. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2018 році. Статистичний збірник. Київ; 2019. 124 с.
146. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2019 році. Статистичний збірник. Київ; 2020. 116 с.
147. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2020 році. Статистичний збірник. Київ; 2021. 122 с.
148. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2021 році. Статистичний збірник. Київ; 2022. 129 с.
149. Державна служба статистики України. Соціальний захист населення України у 2022 році. Статистичний збірник. Київ; 2023. 116 с.
150. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. Аналітично-інформаційний довідник. Київ; 2020.
151. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. Аналітично-інформаційний довідник. Київ; 2021.
152. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. Аналітично-інформаційний довідник. Київ; 2022.
153. Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації. Показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Дніпропетровської області в 2020 - 2021 р.р. Дніпро; 2022.
154. Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації. Показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Дніпропетровської області в 2021 - 2022 р.р. Дніпро; 2023.

155. Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації. Показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Дніпропетровської області в 2022 - 2023 р.р. Дніпро; 2024.

156. Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації. Показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Дніпропетровської області в 2023 - 2024 р.р. Дніпро; 2025.

157. Національна служба здоров'я України. Аналітичні панелі (Дашборди). Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

158. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ. Методика оцінки чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення на підставі опитування ключових респондентів : методичні рекомендації (152.13/305.13). Київ; 2013. 40 с.

159. Zhao F, Doroshenko O, Lekhan VN, Kriachkova LV, Goroshko A. Assessment of appropriateness of hospitalisations in Ukraine: analytical framework, method and findings. *BMJ Open*. 2019 Dec 1;9(12):e030081. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030081>

160. Lang TA, Secic M. How to report statistics in medicine: annotated guidelines for authors, editors, and reviewers. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2006. 490 p.

161. Коцан ІЯ, Ложкін ГВ, Мушкевич МІ. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. для студ. ВНЗ. Луцьк: РВВ "Вежа" ВНУ ім. Лесі Українки; 2009. 316 с.

162. Співак Л, Османова А. Психодіагностика в клінічній психології. Київ: Університет "Україна"; 2023. 146 с.

163. Спіріна ІД, Фаузі ЄС, Гненна ОМ, Коваленко ТЮ, Широков ОВ. Оцінка рівня психологічної адаптації у ВІЛ інфікованих з непсихотичними психічними розладами. *Вісник Проблем Біології І Медицини*. 2019;(1(1)):167–73.

164. Шорніков АВ. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, які потребують ендопротезування [дисертація]. Дніпро: Дніпровський державний медичний університет; 2023. 184 с.

165. Сергет ІВ. Ставлення до хвороби та його зв'язок із ціннісними орієнтаціями онкологічних пацієнтів. *Психологічні Студії*. 2024;(4):89–96.
166. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. *Public Health J*. 2024 Jul 31;(1):93–101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>
167. Грузева ТС, Лехан ВМ, Огнєв ВА, Галієнко ЛІ, Крячкова ЛВ, Паламар Бі, та ін. *Біостатистика*. 2020. 384 с.
168. Dell RB, Holleran S, Ramakrishnan R. Sample Size Determination. *Ilar J*. 2002;43(4):207–13. <https://doi.org/10.1093/ilar.43.4.207>
169. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 11th ed.; 2018. 720 p.
170. Josfeld L, Huebner J. Development and analysis of quality assessment tools for different types of patient information – websites, decision aids, question prompt lists, and videos. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023 Jun 21;23:111. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02204-5>
171. Moslem S, Deveci M, Pilla F. A novel best-worst method and Kendall model integration for optimal selection of digital voting tools to enhance citizen engagement in public decision making. *Decis Anal J*. 2024 Mar 1;10:100378. <https://doi.org/10.1016/j.dajour.2023.100378>
172. Wang QQ, Yu SC, Qi X, Hu YH, Zheng WJ, Shi JX, et al. Overview of logistic regression model analysis and application. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2019 Sep 6;53(9):955–60. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2019.09.018>
173. Jones PM, Bryson GL, Backman SB, Mehta S, Grocott HP. Statistical reporting and table construction guidelines for publication in the *Canadian Journal of Anesthesia*. *Can J Anesth Can Anesth*. 2018 Feb 1;65(2):152–61. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-1024-8>
174. Çorbacıoğlu ŞK, Aksel G. Receiver operating characteristic curve analysis in diagnostic accuracy studies: A guide to interpreting the area under the curve value. *Turk J Emerg Med*. 2023 Dec;23(4):195-8. [https://doi.org/10.4103/tjem.tjem\\_182\\_23](https://doi.org/10.4103/tjem.tjem_182_23)

175. Крячкова ЛВ, Хайтов РП. Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації. *Intermedical journal*. 2025;(1):136–142. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-1-24>

176. Institute for Health Metrics and Evaluation. WHO Rehabilitation Need Estimator. 2024.

177. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10267):2006-17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)

178. Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H, et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024;403(10440):2133-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)

179. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #6: preventing and managing the COVID-19. WHO Regional Office for Europe; 2020. 32 p.

180. Гордійчук СВ, Олефір ЛЗ, Поплавська СД, Самунь НМ, Шатило ВЙ. Актуальні питання розвитку фізичної реабілітації в Україні. *Україна. Здоров'я Нації*. 2024;(2):132-40. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.2/22>

181. Пілізер Ш, Денольф АМ, Шиллеверт Ш, Закаляк НР, Фігура ОА, Чопик РВ, та ін. Розробка нової кваліфікованої програми ерготерапії в Україні: оцінка потреб. *Public Health J*. 2024;(1):12-23. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.2>

182. Михальчук ВМ, Пожевілова АА. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. *Lik Sprava*. 2024;(4):13-24. <https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02>

183. World Health Organization. Regional Office for Europe. Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. WHO Regional Office for Europe; 2021. 134 p.

184. Witvliet MI, Stronks K, Kunst AE, Mahapatra T, Arah OA. Linking Health System Responsiveness to Political Rights and Civil Liberties: A Multilevel Analysis Using Data From 44 Countries. *Int J Health Serv.* 2015 Oct 1;45(4):622–42. Witvliet MI, Stronks K, Kunst AE, Mahapatra T, Arah OA. Linking Health System Responsiveness to Political Rights and Civil Liberties: A Multilevel Analysis Using Data From 44 Countries. *Int J Health Serv.* 2015 Oct 1;45(4):622–42. <https://doi.org/10.1177/0020731415585980>

185. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 29;17(3):835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

186. d’Ussel M, Sacco E, Moreau N, Nizard J, Durand G. Assessment of decision-making autonomy in chronic pain patients: a pilot study. *BMC Med Ethics.* 2024 Sep 18;25(1):97. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01096-y>

187. Kovács SD. Patient autonomy in the era of the sustainability crisis. *Med Health Care Philos.* 2024 Sep 1;27(3):399–405. <https://doi.org/10.1007/s11019-024-10214-x>

188. Liang Z, Xu M, Liu G, Zhou Y, Howard P. Patient-centred care and patient autonomy: doctors’ views in Chinese hospitals. *BMC Med Ethics.* 2022 Apr 8;23(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00777-w>

189. Блащук Т. Ensuring the confidentiality of medical information in providing medical care to military personnel and conscripts. *Actual Probl Improv Curr Legis Ukr.* 2024 Dec 1;(66):1.114-1.124. <https://doi.org/10.15330/apiclu.66.1.114-1.124>

190. Tytula DV. Вивчення потреб ветеранів на шляху повернення до цивільного життя із фокусом на майбутнє. *Всеосвіта*; 2024. 20 с.

191. Alavi M, Moradi-Lakeh M, Setareh Forouzan A, Sajjadi H, Shati M, Khodaie Ardakani MR. Predictors of poor responsiveness in physical rehabilitation

centers in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. 2019 Mar 18;33:18. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.18>

192. Markova MV, Aliieva TA, Markov AR, Korop OA, Lisovaya EV, Babych VV, et al. Disorders of adaptation of combatants and their medical and psychological rehabilitation at the sanatorium stage of treatment. *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2022;75(2):444–50.

193. Loganovsky KN, Zdanevich NA, Gresko MV, Marazziti D, Loganovskaja TK. Neuropsychiatric characteristics of antiterrorist operation combatants in the Donbass (Ukraine). *CNS Spectr*. 2018 Apr;23(2):178–84. <https://doi.org/10.1017/S1092852917000190>

194. Lawrence KA, Matthieu MM, Robertson-Blackmore E. Civic Service as an Intervention to Promote Psychosocial Health and Implications for Mental Health in Post-9/11/01 Era Women Veterans. *J Womens Health*. 2019 Aug 1;28(8):1133–42. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7338>

195. Bauer A, Amspoker AB, Fletcher TL, Jackson C, Jacobs A, Hogan J, et al. A Resource Building Virtual Care Programme: improving symptoms and social functioning among female and male rural veterans. *Eur J Psychotraumatology*. 12(1):1860357. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860357>

196. Shorer S, Shacham M, Bloch B. Long-Term Group Nature-Assisted Therapy for Veterans Diagnosed with Chronic PTSD. *Soc Work Groups*. 2023 Jul 3;46(3):235–48. <https://doi.org/10.1080/01609513.2023.2173358>

197. Assonov D. Two-Step Resilience-Oriented Intervention for Veterans with Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clin Neuropsychiatry*. 18(5):247–59. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210503>

198. Vaidya R, Bobdey S. Medical ethics during armed conflicts: Dilemmas of a physician soldier. *Med J Armed Forces India*. 2021 Oct;77(4):377–81. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.08.013>

199. Voth M, Chisholm S, Sollid H, Jones C, Smith-MacDonald L, Brémault-Phillips S. Efficacy, Effectiveness, and Quality of Resilience-Building Mobile Health Apps for Military, Veteran, and Public Safety Personnel Populations: Scoping

Literature Review and App Evaluation. JMIR MHealth UHealth. 2022 Jan 19;10(1):e26453. <https://doi.org/10.2196/51609>

200. Apaydin EA, Paige NM, Begashaw MM, Larkin J, Miake-Lye IM, Shekelle PG. Veterans Health Administration (VA) vs. Non-VA Healthcare Quality: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2023 Jul;38(9):2179-2188. <https://doi:10.1007/s11606-023-08207-2>.

201. McCabe CT, Watrous JR, Galarneau MR. Trauma exposure, mental health, and quality of life among injured service members: Moderating effects of perceived support from friends and family. *Mil Psychol.* 2019 Dec 3;32(2):164-175. <https://doi:10.1080/08995605>.

202. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee to Evaluate the Department of Veterans Affairs Mental Health Services. Evaluation of the Department of Veterans Affairs Mental Health Services. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jan 31. 10, Patient-Centered Care and the Veteran Experience. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499505/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499505/?utm_source=chatgpt.com).

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### Список публікацій здобувача

##### *Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації, *Public Health Journal*, 2024; 1(5): 93 – 101, <https://doi.org/10,32782/pub,health,2024,1,13> (*Особистий внесок здобувача – аналіз літературних джерел, збір даних, організація експертної оцінки, аналіз та інтерпретація результатів, написання та оформлення статті*),
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я, *Україна, Здоров'я нації*, 2024(77): 87 – 93, <https://doi.org/10,32782/2077-6594/2024,3/14> (*Особистий внесок здобувача – організація та проведення дослідження, психологічна діагностика, оцінка результатів, написання статті*),
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Очікування учасників бойових дій щодо відгуку системи охорони здоров'я на їх запити під час реабілітації, *Intermedical journal*, 2025;(1):136–142, <https://doi.org/10,32782/2786-7684/2025-1-24> (*Особистий внесок здобувача – планування та організація дослідження, збір даних, аналіз результатів, написання та оформлення статті*),

***Наукові праці які засвідчують апробацію матеріалів дисертації***

1. Moroz S, Mikhailov B, Ryzhenko S, Yavorska I, Khaitov R, Diagnostics brain contusion comorbid with combat stress, Eur Psychiatry, 2018 Mar;48(S1):512, In: 26th European Congress of Psychiatry; 2018 Mar; Nice, France (*Особистий внесок здобувача – визначення актуальності, участь у написанні тез*),
2. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Актуальність вивчення чутливості системи охорони здоров'я в процесі реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій, Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я», Клінічна та профілактична медицина, 2022; 2(20): 103, (*Особистий внесок здобувача – організація та обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання тез*),
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Мороз СМ, Інструменти вивчення чутливості системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців, У: Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М,Г, Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення, ред, кол, В,В, М'ясоєдов, В,А, Огнєв, Т,В, Пересипкіна та ін,; 28 жовтня 2022; Харків, Харків: ХНМУ; 2022, С, 120–122, (*Особистий внесок здобувача – визначення проблеми, збір матеріалу, написання тез*),
4. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Мороз СМ, Вплив окремих елементів чутливості на загальний відгук системи охорони здоров'я щодо запитів військовослужбовців під час стаціонарного лікування, У: Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю; 10 жовтня 2024 р,; Дніпро, За ред, Крячкової Л,В, Дніпро: МОЗ України: ДДМУ; 2024, С, 99–101, (*Особистий внесок здобувача – концепція та дизайн дослідження, аналіз та узагальнення даних, оформлення тез до друку*),

5. Kriachkova L, Khaitov R, Optimizing health system responsiveness in military rehabilitation: a process-based approach and stakeholder assessment in Ukraine In: XIX International scientific and practical conference «Science, modern technologies and humanity: problems, theories and thoughts»; 2025 May 12-14; Krakow, Poland, 111-112, Available from: <https://eu-conf.com/en/events/science-modern-technologies-and-humanity-problems-theories-and-thoughts/> (*Особистий внесок здобувача – збір даних, участь у написанні тез*),

***Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації***

1. Волошин ВО, Михайлов БВ, Рижинко СА, Тітов ГІ, Мороз СМ., Яворська ІІ, Хаїтов РП, Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій, Військова медицина України, 2017;17(3-4):5–10, (*Особистий внесок здобувача – участь у написанні обговорення до отриманих результатів*),
2. Moroz S, Khozhylo I, Ryzhenko S, Semenikhina V, Turishcheva N, Khaitov R, COVID-associated panic attacks: regional management aspect, Archiv Euromedica, 2020 Jun 29;10(2):11–13, doi:10.35630/2199-885X/2020/10/2,2 (*Особистий внесок здобувача – підбір літератури, участь у написанні вступу та обговорення*),
3. Крячкова ЛВ, Хаїтов РП, Використання методу експертної оцінки медичної документації для визначення відгуку охорони здоров'я на запити військовослужбовців під час лікування та реабілітації, Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, Випуск 11, Реєстр №91/11/25 (*Особистий внесок здобувача – планування, організація та оцінка результатів дослідження, участь у написанні заявки*),

## ДОДАТОК Б

### Апробація результатів дисертації

Основні положення роботи викладено та обговорено на науково-практичних конгресах і конференціях різного рівня:

1. 26th European Congress of Psychiatry, France, Nice, 3-6 March 2018 (*форма участі – дистанційна участь, публікація тез*),
2. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності», м, Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П,Л, Шупика, 10 листопада 2022 р, (*форма участі – усна доповідь*),
3. Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 р, «Наша планета, наше здоров'я», м, Київ, Національний медичний університет імені О,О, Богомольця, 5 квітня 2022 р, (*форма участі – дистанційна участь, публікація тез*),
4. V науково-практична конференція з міжнародною участю на вшанування пам'яті М,Г, Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення», м, Харків, Харківський національний медичний університет, 28 жовтня 2022 р, (*форма участі – усна доповідь, публікація тез*),
5. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього», м, Дніпро, Дніпровський державний медичний університет, 10 жовтня 2024 р, (*форма участі – усна доповідь, публікація тез*),
6. Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р, на тему «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», м, Київ, Національний медичний університет імені О,О, Богомольця, 4 квітня 2025 р, (*форма участі – усна доповідь*),

7. XIX International scientific and practical conference «Science, modern technologies and humanity: problems, theories and thoughts», Poland, Krakow, 12-14 May 2025 (*форма участі – дистанційна участь, публікація тез*),

## ДОДАТОК В

Акти впровадження наукових результатів у практичну діяльність закладів  
охорони здоров'я

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
Комунального підприємства  
"Дніпропетровська багатoproфільна  
клінічна лікарня з надання психіатричної  
допомоги" Дніпропетровської обласної  
ради"

Мороз Світлана Михайлівна  
(підпис)

17  
01 2025 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

**I. Назва пропозиції для впровадження:**  
Забезпечення заходів щодо відгуку на обгрунтовані неклінічні запити військовослужбовців – учасників бойових дій, які виникають у них під час медичного обслуговування та реабілітації.

**II. Установа, її адреса, виконавці:**  
Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровської державної медичної університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.  
Укладачі: Крячкова Л.В., Хайтов Р.П.

**III. Джерела інформації:**  
Крячкова Л.В., Хайтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024. № 1. С. 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.  
Крячкова Л.В., Хайтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування реактивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2024. №3 (77). С. 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>.

**IV. Де і коли було впроваджено:**  
В практичну діяльність закладу охорони здоров'я з січня 2025 року, м. Дніпро.

**IV. Результат впровадження:**  
Впроваджено заходи, що поліпшують дотримання гідності пацієнтів, конфіденційності інформації про них, їх автономії, комунікацій, якості побутових зручностей і доступу до мереж соціальної підтримки.

**IV. Ефективність впровадження:**  
Медична ефективність визначається тим, що поліпшення відгуку на обгрунтовані неклінічні запити пацієнтів, забезпечує покращення якості обслуговування та реабілітації військових через своєчасну та персоналізовану допомогу. Соціальна ефективність полягає у поліпшенні чутливості охорони здоров'я до потреб вразливих груп, зокрема військових, що підвищує доступність медичних послуг. Економічна ефективність досягається через оптимізацію організації медичних процесів.

**VII. Зауваження та пропозиції:** Не має.

Відповідальний за впровадження:  
*Медицинський директор*  
(посад)

*Ташчирка -*  
*Розова Катерина Олександрівна*  
(підпис) (ПІБ)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. начальника КП «Дніпропетровський  
обласний госпіталь ветеранів війни» ДОР

Олексій ГРИГОРУК



(підпис)

2025 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ****I. Назва пропозиції для впровадження:**

Забезпечення заходів щодо відгуку на обгрунтовані неклінічні запити військовослужбовців – учасників бойових дій, які виникають у них під час медичного обслуговування та реабілітації.

**II. Установа, її адреса, виконавці:**

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Укладачі: Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П.

**III. Джерела інформації:**

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024. № 1. С. 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2024. №3 (77). С. 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>.

**IV. Де і коли було впроваджено:**

В практичну діяльність закладу охорони здоров'я з січня 2025 року, м. Дніпро.

**IV. Результат впровадження:**

Впроваджено заходи, що поліпшують дотримання гідності пацієнтів, конфіденційності інформації про них, їх автономії, комунікацій, якості побутових зручностей і доступу до мереж соціальної підтримки.

**IV. Ефективність впровадження:**

Медична ефективність визначається тим, що поліпшення відгуку на обгрунтовані неклінічні запити пацієнтів, забезпечує покращення якості обслуговування та реабілітації військових через своєчасну та персоналізовану допомогу. Соціальна ефективність полягає у поліпшенні чутливості охорони здоров'я до потреб вразливих груп, зокрема військових, що підвищує доступність медичних послуг. Економічна ефективність досягається через оптимізацію організації медичних процесів.

**VII. Зауваження та пропозиції:** Не має.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач відділення медичної реабілітації

КП «Дніпропетровський обласний  
госпіталь ветеранів війни» ДОР

(підпис)

Олена ПРИВАЛ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. генерального директора  
 Комунального підприємства  
 «Дніпропетровський обласний  
 спеціалізований реабілітаційний центр  
 «Соловий Діман» Дніпропетровської  
 обласної ради»

Корпусейко Олена Ігорівна  
 СОЛОВИЙ ДИМАН  
 (підпис)  
 2025 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

#### I. Назва пропозиції для впровадження:

Забезпечення заходів щодо відгуку на обґрунтовані неклінічні запити військовослужбовців – учасників бойових дій, які виникають у них під час медичного обслуговування та реабілітації.

#### II. Установа, її адреса, виконавці:

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Укладачі: Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П.

#### III. Джерела інформації:

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024. № 1. С. 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2024. №3 (77). С. 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>.

#### IV. Де і коли було впроваджено:

В практичну діяльність закладу охорони здоров'я з січня 2025 року, м. Дніпро.

#### IV. Результат впровадження:

Впроваджено заходи, що поліпшують дотримання гідності пацієнтів, конфіденційності інформації про них, їх автономії, комунікацій, якості побутових зручностей і доступу до мереж соціальної підтримки.

#### IV. Ефективність впровадження:

Медична ефективність визначається тим, що поліпшення відгуку на обґрунтовані неклінічні запити пацієнтів, забезпечує покращення якості обслуговування та реабілітації військових через своєчасну та персоналізовану допомогу. Соціальна ефективність полягає у поліпшенні чутливості охорони здоров'я до потреб вразливих груп, зокрема військових, що підвищує доступність медичних послуг. Економічна ефективність досягається через оптимізацію організації медичних процесів.

#### VII. Зауваження та пропозиції: Не має.

Відповідальний за впровадження:

*Медичний фахівець*  
 (посада)

(підпис)

(ПІБ)

## ДОДАТОК Г

## Акти впровадження наукових результатів в освітній процес



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

отриманих результатів в організацію охорони здоров'я та початковий процес

**Пропозиція для впровадження:** Визначення пріоритетних напрямів забезпечення відгуку регіональної системи охорони здоров'я на обґрунтовані запити військовослужбовців – учасників бойових дій, які виникають у них в процесі отримання комплексних реабілітаційних заходів.

**Установа-розробник:** кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (Україна, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24).

**Автори:** Кречкова Л.В., Хаїтов Р.П.

**Джерела інформації:** Кречкова Л.В., Хаїтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. *Public Health Journal*. 2024. № 1. С. 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.

Кречкова Л.В., Хаїтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування реактивності системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. №3 (77). С. 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>.

**Ким впроваджено:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

**Термін впровадження:** 2024–2025 рр.

**Форма впровадження:** результати наукових досліджень впроваджено в інформаційні лекції та практичні заняття з виконання системами охорони здоров'я основних цілей діяльності.

**Ефективність впровадження:** покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань громадського здоров'я та організації охорони здоров'я.

**Зауваження, пропозиції:** рекомендувати для широкого використання при організації реабілітаційних заходів військовослужбовцям. Зауважень немає.

**Відповідальний за впровадження:**

завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професор

Віктор О'ГНЄВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи  
Дніпровського державного

медичного університету,

доктор медичних наук, професор

Олександр ГУДАР'ЯН



01 2025 р.

**АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**

отриманих результатів у початковий процес

**Пропозиції для впровадження:** Обґрунтування заходів щодо відгуку на обґрунтовані неклінічні запити військовослужбовців – учасників бойових дій, які виникають у них під час медичного обслуговування та реабілітації.

**Установа-розробник:** кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (Україна, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24).

Автори: Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П.

**Джерела інформації:** Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. *Public Health Journal*. 2024. № 1. С. 93 – 101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. №3 (77). С. 87 – 93. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>.

**Ким впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський Державний Медичний Університет, 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

**Термін впровадження:** 2024 - 2025 н.р.

**Форма впровадження:** результати наукових досліджень впроваджено в матеріали лекцій та практичних занять

**Ефективність впровадження:** покращення рівня знань здобувачів освіти щодо чутливості охорони здоров'я.

**Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

**Відповідальний за впровадження:**

Завідувачка кафедри  
соціальної медицини, громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я ДДМУ  
д.мед.н., професор

 Лілія КРЯЧКОВА

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Перший проректор Одеського  
 національного медичного університету  
 д. мед. наук, професор,  
 Валерія МАРТІНЕНКО

« 17 » 01 2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

### I. Назва пропозиції для впровадження:

Використання методу експертної оцінки медичної документації для визначення відгуку охорони здоров'я на запити військовослужбовців під час лікування та реабілітації.

### II. Установа, її адреса, виконавці:

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я, соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, Дніпровський Державний медичний університет, 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Розробники – Крячкова Лілія Вікторівна, д.мед.н., професор, завідувачка кафедри;  
 Хаїтов Роман Павлович, аспірант кафедри.

### III. Джерела інформації:

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Оцінка відгуку галузі на запити військовослужбовців під час стаціонарного лікування та реабілітації. Public Health Journal. 2024. №1(5). С. 93-101. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.13>.

IV. Де і коли було впроваджено: Кафедрою менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету: Терміни впровадження 2024-2025 рр.

### V. Результат впровадження:

Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення освітнього процесу при викладанні дисципліни «Управління охороною здоров'я».

### VI. Ефективність впровадження:

Покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань громадського здоров'я та організації охорони здоров'я.

VII. Зауваження та пропозиції: Не вносилися.

### **Відповідальний за впровадження:**

Завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету  
 канд. екон. наук, доцент

Олена РУДІНСЬКА

## Договір про науково-практичне співробітництво

### ДОГОВІР № 1

#### про науково-практичне співробітництво

між Дніпровським державним медичним університетом  
та комунальним підприємством «Дніпропетровський обласний спеціалізований  
реабілітаційний центр «Солоний Лиман» Дніпропетровської обласної ради»

м. Дніпро

«04» вересня 2023 р.

Дніпровський державний медичний університет (далі – Сторона 1), в особі ректора, академіка НАМН України, професора Перцевої Тетяни Олексіївни, що діє на підставі Статуту, з одного боку, та комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний спеціалізований реабілітаційний центр «Солоний Лиман» Дніпропетровської обласної ради» (далі – Сторона 2), в особі генерального директора Лазарєва Івана Михайловича, що діє на підставі Статуту, з другого боку, уклали цей договір про наступне:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Про науково-практичне співробітництво між кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Сторони 1 та Стороною 2 з метою проведення наукових досліджень щодо вивчення шляхів розбудови системи громадського здоров'я.

#### 2. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

##### 2.1. Сторони зобов'язуються:

- проводити регулярні зустрічі з метою формування планів наукової роботи, обговорення результатів проведених досліджень;
- систематично інформувати іншу сторону про результати наукової роботи;
- інформувати іншу сторону про проведення міжнародних, національних конгресів, з'їздів, конференцій;
- розробляти та виконувати спільні наукові теми, готувати спільні наукові статті, тези.

##### 2.2. Сторона 1 зобов'язується:

- надавати Стороні 2 наукову та інформаційно-методичну допомогу медичного спрямування під час проведення досліджень;
- надавати консультативну допомогу в ході виконання досліджень та сприяти їх публікації у друкованих працях університету;
- систематизувати та аналізувати отриману в результаті проведення досліджень інформацію;
- сприяти розробці нових технологій та впроваджувати отримані результати у сферу громадського здоров'я.

##### 2.3. Сторона 2 зобов'язується:

- сприяти можливості проведення медико-соціологічних досліджень серед населення та провайдерів в охороні здоров'я із застосуванням сучасних методів медичної науки і практичної охорони здоров'я;
- надавати умови співробітникам кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Сторони 1 для виконання необхідних досліджень для наукових робіт;
- надавати можливість використання інформаційної бази даних про стан здоров'я та середовища життєдіяльності людини;
- розробляти спільно зі Стороною 1 нові ефективні методи організації діяльності у сфері громадського здоров'я;
- забезпечити проведення контролю якості досліджень;
- надавати інформацію про результати проведених досліджень.

### 3. ПРАВА ТА ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ СУМІСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Питання використання результатів сумісних наукових досліджень, розробок та іншої інформації, отриманої при співробітництві Сторін, питання захисту авторських прав вирішується Сторонами за погодженням на підставі діючого законодавства.

3.2. Отримані Сторонами результати спільних наукових робіт, публікуються за погодженням Сторін.

3.3. Отримані в процесі спільного виконання робіт результати не можуть передаватися третім особам без письмового погодження обох Сторін цього договору.

### 4. ЗМІНИ, ДОПОВНЕННЯ, РОЗІРВАННЯ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Зміни та доповнення до цього договору вносяться за погодженням Сторін та оформлюються письмово, як невід'ємна частина договору.

4.2. Договір може бути розірвано достроково:

- за згодою обох Сторін;
- на підставах встановлених діючим законодавством;
- за рішенням суду;
- у разі ліквідації однієї із Сторін, якщо не визначена юридична особа, що є правонаступником ліквідованої Сторони.

4.3. Договір набирає силу з моменту підписання його Сторонами і діє до 30.06.2030 р.

### 5. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

5.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов даного Договору Сторони несуть відповідальність згідно норм чинного законодавства України.

5.2. Відповідальними особами за виконання Договору призначаються:

- Сторони 1 – завідувачка кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, професор Крячкова Лілія Вікторівна;
- Сторони 2 – генеральний директор Лазарєв Іван Михайлович.

### 6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Договір не містить будь-яких фінансових зобов'язань, матеріально-технічної відповідальності та зобов'язань між Сторонами.

6.2. Всі суперечливі питання, які виникли в результаті реалізації умов даного Договору, вирішуються шляхом двосторонніх переговорів, а у разі неможливості прийти до згоди в порядку, що передбачений чинним законодавством України.

6.3. Цей Договір складено в трьох примірниках, що мають однакову юридичну силу: два – Стороні 1, один – Стороні 2.

### 7. АДРЕСИ СТОРІН


Дніпровський державний  
медичний університет  
49044, м Дніпро, вул. Вернадського, 9

Ректора, академік НАМН України,  
професор

 Тетяна ПЕРЦЕВА

Проректор з наукової роботи, професор

 Олександр ГУДАР'ЯН

Завідувачка кафедри соціальної  
медицини, громадського здоров'я та  
управління охороною здоров'я ДДМУ,  
професор  Лілія КРЯЧКОВА

Комунальне підприємство  
«Дніпропетровський обласний  
спеціалізований реабілітаційний центр  
«Солоний Лиман» Дніпропетровської  
обласної ради»

51291, Дніпропетровська область,  
Самарієвський район, с. Новотроїцьке, вул.  
Лиманська, 94

 Генеральний директор

 Іван ЛАЗАР'ЄВ

## ДОДАТОК Е

## КАРТА

експертної оцінки медичної документації щодо відгуку на неклінічні  
запити пацієнта

Цей інструмент призначено для експертного аналізу медичної документації військовослужбовців, які проходили стаціонарне лікування та реабілітацію, з метою визначення рівня респонсивності (чутливості) системи охорони здоров'я до їх запитів, Кожен елемент оцінюється у відсотках від 0 до 100 %, відповідно до ступеня його забезпечення, згідно з положеннями ВООЗ про чутливість охорони здоров'я,

Карта № \_\_\_\_\_ Реєстраційний № хворого \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний № експерта \_\_\_\_\_ Дата  
експертизи \_\_\_\_\_

1, Вік пацієнта (повних років) \_\_\_\_\_

2, Кількість ліжко-днів проведених пацієнтом у стаціонарі? \_\_\_\_\_

3, Основний діагноз \_\_\_\_\_

## 4, Які види досліджень були проведені хворому на даному етапі?

01 – Клініко-лабораторні дослідження, 02 – Інструментальні дослідження,  
03 – Консультації спеціалістів, 04 – Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

## 5, Які спеціалісти консультували хворого?

01 – Невропатолог, 02 – Окуліст, 03 – Хірург,  
04 – Гастроентеролог, 05 – Ендокринолог, 06 – Отоларинголог,  
07 – Психіатр, 08 – Гінеколог, 09 – Уролог,  
10 – Кардіолог, 11 - Інші (вказіть) \_\_\_\_\_

## 6, Чи своєчасно проводилось лікування?

01 – Своєчасно  
02 – Несвоєчасно, з запізненням на \_\_\_\_\_ діб/годин (вказіть)  
03 – Важко оцінити

## 7, Чи проводилося хірургічне втручання?

01 – Ні  
02 – Так (вказіть яке) \_\_\_\_\_

## 8, Оцініть дотримання стандарту обстеження

01 – Так, повністю 02 – Частково  
03 – Ні 04 – Важко оцінити

## 9, Оцініть дотримання стандарту лікування

01 – Так, повністю 02 – Частково  
03 – Ні 04 – Важко оцінити

## 10, Яким був результат лікування?

01 – Одужання 02 – Поліпшення  
03 – Без змін 04 – Погіршення 05 – Важко оцінити

**Інструкція: Оцініть кожен пункт за шкалою від 0 до 100 %, де 0 % – повна відсутність ознаки, 100 % – максимальний рівень відповідності,**

**11, Блок 1, Повага до людини**

№	Елемент	Питання	Оцінка (%)
1	Автономія	Чи зафіксовано в медичній документації інформовану згоду на лікування/реабілітацію?	
		Чи були ознаки дотримання права пацієнта на участь у виборі методу лікування?	
2	Конфіденційність	Чи забезпечено конфіденційність персональних даних?	
3	Комунікація	Чи зазначено факти спілкування медперсоналу з пацієнтом щодо ходу лікування?	
4	Гідність	Чи простежується в записах шанобливе ставлення до пацієнта?	

**12, Блок 2, Орієнтація на Клієнта**

№	Елемент	Питання	Оцінка (%)
1	Оперативність	Чи була дотримана оперативність реагування на медичні потреби?	
2	Вибір провайдера	Чи згадується вибір надавача послуг?	
3	Побутові умови	Чи забезпечено належні побутові умови під час лікування?	
4	Соціальна підтримка	Чи відображено можливість відвідування родичів?	
		Чи зафіксовано надання допомоги у соціальних питаннях?	

**13, Дайте загальну оцінку у відсотках**

01 – Сфера поваги до людини \_\_\_\_\_ значення (%)

02 – Сфера орієнтації на клієнта \_\_\_\_\_ значення (%)

03 – Загальна чутливість \_\_\_\_\_ значення (%)

**14, Чи вважаєте Ви, що у даному випадку можливе підвищення рівня респонсивності?**

01 – Ні

02 – Так, На скільки \_\_\_\_\_ значення (%) До якого балу \_\_\_\_\_ (балів)

**15, Які саме елементи респонсивності потребують удосконалення у даному випадку? \_\_\_\_\_**

**ВЕЛИКА ПОДЯКА ЗА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ!**

## ДОДАТОК Ж

## КАРТА ОЦІНКИ ІНФОРМОВАНOSTІ ТА АРГУМЕНТАЦІЇ ДУМКИ ЕКСПЕРТІВ

I) Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації

\_\_\_\_\_ балів

II) Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою ступінь впливу джерел аргументації на Вашу думку стосовно зазначеної проблеми

Джерело аргументації	1	2	3	4	5
Проведений теоретичний аналіз					
Виробничий досвід					
Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів					
Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів					
Особиста участь у проведенні оцінки чутливості системи охорони здоров'я					
Інтуїція					

III) *Повідомте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе,*

1, Ваш вік \_\_\_\_\_

2, Ваша стать:  
01, чоловіча  
02, жіноча

3, В якому закладі Ви працюєте? \_\_\_\_\_

4, Ваша спеціальність? \_\_\_\_\_

5, Ваш стаж роботи за фахом? \_\_\_\_\_

6, Ваша кваліфікаційна категорія  
01, немає  
02, друга  
03, перша  
04, вища

7, Науковий ступінь  
01, немає  
02, магістр  
03, кандидат наук  
04, доктор наук

**ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!**

## ДОДАТОК И

## АНКЕТА ПО ВИВЧЕННЮ ПОТРЕБ ЩОДО ВІДГУКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАПИТИ

### И,1 ВАРІАНТ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### ШАНОВНИЙ РЕСПОНДЕНТ!

Завдання нашого дослідження – врахувати Ваші очікування пов'язані з неклінічними аспектами медичного обслуговування та реабілітації, Анкета анонімна, опитування неперсоніфіковане, збирається лише загальна статистична інформація!

Виберіть відповіді, які найбільшою мірою відповідають Вашій думці та обведіть відповідь у кружечок або позначте у будь-який зручний спосіб чи впишіть у необхідне місце,

*Заздалегідь щиро вдячні за Вашу участь!*

**Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не має потреби до 10-ти – максимально потрібно) наскільки потрібним для військовослужбовців під час лікування та реабілітації є такий неклінічний елемент медичного обслуговування, як:**

**1) Автономія пацієнта** (участь у прийнятті медичних рішень, консультації з приводу різних методів лікування, одержання згоди пацієнта тощо)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**2) Комунікація** (прозорість, чіткість, доступність та ясність інформації, комунікацій, спілкування)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**3) Конфіденційність** (забезпечення конфіденційності медичних записів та інформації про пацієнтів)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**4) Гідність пацієнта** (ввічливе, шанобливе ставлення медичного персоналу до пацієнтів, підтримка гідності хворих тощо)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**5) Можливість вибору пацієнтом закладу та/або лікаря** (право вибору постачальників медичних послуг, медичних закладів, лікарів)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**6) Якість побутових умов** (якість базової інфраструктури закладів охорони здоров'я, стан палат, санітарно-гігієнічних засобів тощо)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**7) Швидкість/оперативність обслуговування** (зручно добиратися, прийнятний час очікування тощо)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**8) Доступ до систем соціальної підтримки** (регулярний контакт із друзями, родичами, супроводжуваними особами тощо)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Повідомьте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе (буде застосовуватися тільки для узагальнення)*

9), *Ваш вік* \_\_\_\_\_

10), *Ваша стать*:

1. чоловік
2. жінка

11) *Ваш сімейний стан*:

1. Одружений / одружена / в стосунках
2. Не одружений / не одружена / не в стосунках

12) *Ваша освіта?*

1. Неповна середня освіта
2. Середня освіта
3. Середня спеціальна освіта
4. Вища освіта
5. Доктор наук / кандидат наук
6. Інше (будь ласка, уточніть) \_\_\_\_\_

13) *Військові формування, в яких проходите/проходили службу?*

1. Збройні сили України (ЗСУ)
2. Сили територіальної оборони (ТРО)
3. Головне управління розвідки Мін-ва оборони України (ГУР МО України)
4. Служба безпеки України (СБУ)
5. Національна гвардія України (НГУ)
6. Національна поліція України
7. Інше (будь ласка, уточніть) \_\_\_\_\_

14) *Тривалість Вашої служби*:

1. До 6 місяців Від 2 до 3 років
- 2.
3. Від 6 місяців до 1 року
4. Від 1 до 2 років
5. Від 3 років і більше

**ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!**

**АНКЕТА**  
**ПО ВИВЧЕННЮ ШЛЯХІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДГУКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я НА ЗАПИТИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО КОМПЛЕКСНОЇ**  
**РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**ШАНОВНИЙ РЕСПОНДЕНТ!**

Завдання нашого дослідження – врахувати Ваші думки щодо шляхів забезпечення відгуку системи охорони здоров'я (ОЗ) на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації,

*Забезпечення відгуку (чутливості, респонсивності, англ, responsiveness) галузі розглядається як ступінь реакції системи ОЗ на очікування людей, пов'язані з неклінічними аспектами медичного обслуговування, що характеризується двома сферами: особистою - повагою до людської гідності та споживчою - орієнтацією на клієнта,*

Анкета анонімна, опитування неперсоніфіковане, збирається лише загальна статистична інформація!

Виберіть відповіді, які найбільшою мірою відповідають Вашій думці!

**Заздалегідь щиро вдячні!**

1, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **автономія пацієнта** (участь у прийнятті медичних рішень, консультації з приводу різних методів лікування, одержання згоди пацієнта тощо)

---

2, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення автономії при реабілітації військовослужбовців

---

3, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **комунікація** (прозорість, чіткість, доступність та ясність інформації, комунікацій)

---

4, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення комунікації при реабілітації військовослужбовців

---

5, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **конфіденційність** (забезпечення конфіденційності медичних записів та інформації про пацієнтів)

---

6, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення конфіденційності при реабілітації військовослужбовців

---

7, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **гідність пацієнта** (ввічливе, шанобливе ставлення медичного персоналу до пацієнтів, підтримка гідності хворих тощо)

---

8, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення гідності пацієнтів при реабілітації військовослужбовців

---

9, *Сфера поваги до людської гідності чутливості ОЗ складається з таких елементів, як гідність, автономія, комунікація і конфіденційність,*

Враховуючи те, що Ви відзначили вище, як би Ви оцінили систему охорони здоров'я щодо **забезпечення поваги до гідності пацієнтів** при реабілітації військовослужбовців (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **вибір пацієнта** (право вибору постачальників медичних послуг, медичних закладів)

---

11, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення вибору пацієнта при реабілітації військовослужбовців

---

12, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **якість побутових умов** (якість базової інфраструктури закладів охорони здоров'я, стан палат, санітарно-гігієнічних засобів тощо)

---

13, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення якості побутових умов при реабілітації військовослужбовців

---

14, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **оперативність обслуговування** (зручно добиратися, прийнятний час очікування тощо)

---

15, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення оперативності обслуговування при реабілітації військовослужбовців

---

16, Як би Ви оцінили за 10-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 10-ти – надзвичайно важливо) наскільки важливим є для відгуку на запити військовослужбовців щодо реабілітації забезпечення системою ОЗ такого елемента чутливості, як **доступ до систем соціальної підтримки** (регулярний контакт із друзями, родичами, супроводжуваними особами тощо)

---

17, Оцініть, будь ласка, за 10-ти бальною шкалою (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) діяльність системи охорони здоров'я щодо забезпечення доступу до систем соціальної підтримки при реабілітації військовослужбовців

---

18, *Споживча сфера чутливості ОЗ (орієнтація на клієнта) вміщує такі елементи, як оперативність/швидкість обслуговування, якість побутових умов у закладі охорони здоров'я, вибір постачальників медичних послуг та доступ до соціальної підтримки під час лікування,*

Враховуючи те, що Ви відзначили вище, як би Ви оцінили систему охорони здоров'я щодо **орієнтації на клієнта** при реабілітації військовослужбовців (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19, Як би Ви оцінили **в цілому відгук (чутливість, респонсивність) системи охорони здоров'я** щодо комплексної реабілітації військовослужбовців? (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20, Проблеми якого характеру можуть виникати при забезпеченні ефективного відгуку системи охорони здоров'я на запити щодо комплексної реабілітації військовослужбовців? Можна вказати декілька відповідей

- 1, Проблеми правового характеру (недосконалість правового регулювання, відсутність необхідних документів, тощо)
- 2, Проблеми медичного характеру (тяжкість стану, наявність ускладнень, підвищені ризики захворювань тощо)
- 3, Проблеми організаційного характеру (нестача необхідного обладнання, кадрового забезпечення, відсутність наступності медичної допомоги, несвоєчасність звернення тощо)
- 4, Проблеми фінансового характеру (недостатність фінансування, недосконалість наповнення відповідних пакетів медичних послуг, складнощі отримання відповідних пакетів медичних послуг тощо)
- 5, Проблеми психологічного характеру (чуттєвий психо-емоційний стан пацієнтів, конфліктні ситуації тощо)
- 6, Інші проблеми (вказіть які) \_\_\_\_\_

21, Які заходи необхідні для забезпечення ефективного відгуку системи охорони здоров'я на запити щодо комплексної реабілітації військовослужбовців? Можна вказати необмежену кількість відповідей,

- 1, Вдосконалення законодавства щодо вибору лікаря і закладу для реабілітації та
- 2, автономії пацієнтів при прийнятті медичних рішень з урахуванням специфіки організації медичного забезпечення військовослужбовців;
- 3, Удосконалення нормативів якості побутових умов у реабілітаційних закладах (харчування, розміщення, доступ до соціальних послуг тощо);
- 4, Нормативне забезпечення міжсекторальної взаємодії на різних різних міністерств та відомств, відомчих та цивільних закладів;
- 5, Посилення захисту конфіденційної інформації щодо реабілітації військовослужбовців (спеціальні стандарти безпеки, посилення відповідальності за витік дани тощо);
- 6, Запровадження системи контролю якості реабілітації через незалежний аудит і зворотний зв'язок;
- 7, Збільшення фінансування реабілітаційних програм за рахунок державних та міжнародних фондів;
- 8, Створення спеціального фонду підтримки реабілітації військових;

- 9, Розширення державних медичних гарантій для реабілітації військовослужбовців;
- 10, Модернізація реабілітаційних центрів, оновлення обладнання, поліпшення інфраструктури та побутових умов;
- 11, Створення окремих просторів для психологічної реабілітації з урахуванням специфічних потреб військових,
- 12, Розробка та впровадження стандартів пацієнтоорієнтованого підходу при розробці персоналізованих програм реабілітації з урахуванням специфічних потреб військовослужбовців;
- 13, Покращення координації між медичними, соціальними та юридичними службами та взаємодії всередині мультидисциплінарних реабілітаційних команд;
- 14, Посилення кадрового потенціалу шляхом збільшення профільних спеціалістів з реабілітації та залучення додаткових фахівців;
- 15, Запровадження системи індикаторів оцінки респонсивності та їх моніторинг (зворотний зв'язок, опитування пацієнтів, моніторинг рівня задоволеності);
- 16, Оптимізація реабілітаційних маршрутів пацієнтів для забезпечення наступності медичного обслуговування;
- 17, Використання електронних систем управління реабілітацією та сучасних цифрових методів (єдина електронна система обліку реабілітації військових, моніторинг, дистанційна підтримка, телемедицина та ін.);
- 18, Створення єдиної системи обліку та моніторингу стану здоров'я військовослужбовців;
- 19, Зміцнення комунікаційних навичок медичного персоналу, навчання їх ефективному спілкуванню з пацієнтами;
- 20, Підвищення рівня інформаційної підтримки, проведення інформаційних кампаній та роз'яснювальної роботи серед військових;
- 21, Оптимізація зворотного зв'язку, в тому числі із застосуванням цифрових рішень (гарячі лінії, мобільні застосунки, чат-боти тощо);
- 22, Розширення доступу до соціальної підтримки, включаючи юридичні консультації, психологічну допомогу, програми соціальної адаптації тощо;
- 23, Забезпечення довгострокової підтримки щодо соціальної інтеграції, медичного та психологічного супроводу;
- 24, Інші заходи (вказіть які) \_\_\_\_\_

***Повідомьте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе (буде застосовуватися тільки для узагальнення)***

25, Ваш вік \_\_\_\_\_

26, Ваша стать:

1. чоловік

2. жінка

27, В якому закладі Ви працюєте (рівень, амбулаторний чи стаціонарний тощо)?

28, Ваша основна спеціальність? \_\_\_\_\_

29, Ваш стаж роботи за фахом ? \_\_\_\_\_

30, Ваша кваліфікаційна категорія

1. немає
2. друга
3. перша
4. вища

31, Чи маєте науковий ступінь

1. ні
2. магістр
3. кандидат наук
4. доктор наук
5. інше

32, Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації

33, Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою ступінь впливу джерел аргументації на Вашу думку стосовно зазначеної проблеми

Джерело аргументації	1	2	3	4	5
Проведений теоретичний аналіз					
Виробничий досвід					
Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів					
Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів					
Особиста участь у проведенні оцінки чутливості системи охорони здоров'я					
Інтуїція					

**ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!**

## ДОДАТОК Л

## КАРТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ

Дайте оцінку концептуальної моделі оптимізації відгуку регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо реабілітації, що складається із основи - запитів пацієнтів, структурних елементів системи охорони здоров'я (ОЗ) та процесів забезпечення відгуку на їх запити через заходи нормативно-правового, фінансового, кадрового та організаційного характеру,

1, Як би Ви оцінили доцільність застосування процесного підходу (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

2, Як би Ви оцінили доцільність застосування нормативно-правових заходів (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3, Як би Ви оцінили доцільність застосування фінансово-ресурсних заходів (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

4, Як би Ви оцінили доцільність застосування організаційних заходів (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

5, Як би Ви оцінили доцільність застосування інформаційних та соціальних заходів (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

6, Як би Ви оцінили загальну дієвість моделі щодо можливості підвищувати респонсивність територіальної ОЗ (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

7, Як би Ви оцінили загальна результативність моделі – здатність призводити до поліпшення здоров'я військовослужбовців (від 1 – найменший рівень до 10-ти – найбільший рівень) \_\_\_\_\_

8, До якого максимального балу з 10-ти максимально можливих можна підвищити відгук регіональної системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації:

\_\_\_\_\_ балів

9, На скільки відсотків можливо поліпшаться показники здоров'я військовослужбовців (загальна оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям), якщо респонсивність територіальної ОЗ збільшиться до максимальних 10 балів:

\_\_\_\_\_ %

Повідомьте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе (буде застосовуватися тільки для узагальнення)

10, Ваш вік \_\_\_\_\_

11, Ваша стаття:

1. чоловік
2. жінка

12, В якому закладі Ви працюєте (рівень, амбулаторний чи стаціонарний тощо)?

---

13, Ваша основна спеціальність ? \_\_\_\_\_

14, Ваш стаж роботи за фахом ? \_\_\_\_\_

15, Ваша кваліфікаційна категорія

1. немає
2. друга
3. перша
4. вища

16, Чи маєте науковий ступінь

1. ні
2. магістр
3. кандидат наук
4. доктор наук
5. інше

17, Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему забезпечення відгуку системи охорони здоров'я на запити військовослужбовців щодо комплексної реабілітації

---

18, Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою ступінь впливу джерел аргументації на Вашу думку стосовно зазначеної проблеми

Джерело аргументації	1	2	3	4	5
Проведений теоретичний аналіз					
Виробничий досвід					
Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів					
Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів					
Особиста участь у проведенні оцінки чутливості системи охорони здоров'я					
Інтуїція					

**ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!**